

IMS no pagará reclamos hasta que se proporcione Otra Información de Seguro.
Otra Información del Seguro debe recopilarse cada 12 meses.

Instrucciones Llene la información requerida* y envíe el formulario de cualquiera de las siguientes maneras:

Sitio web de IMS:

<https://imstpa.com/forms/Spanish-Reclamation-Form.pdf>

Por correo electrónico: PA@imsm.net

Por fax al:

806-373-0995

Imprimir, Enviar por Correo a:

IMS, PO Box 15688, Amarillo TX 79105

1. Información del Empleado *

Nombre del Titular de la Póliza/Nombre del Empleado de IMS: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Nombre del Empleado: _____

IDENTIFICACION (ID) del Titular o Los Ultimos 4 Números del Seguro Social (SSN): _____

Número de Teléfono: _____ Correo Electronico: _____

2. Otra Información de la Cobertura*

¿Ha tenido alguna otra cobertura Médica, Dental, de la Vista, Medicaid o Medicare usted, su cónyuge o algún dependiente cubierto por este plan de IMS? * Si No

Si marcó SÍ a otra cobertura, por favor proporcione una copia de todas las demás Tarjetas de Seguro Y llene la siguiente información para todos los miembros cubiertos por la póliza.

Nombre del Titular de la Póliza: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Nombre de otra Compañía de Seguro: _____ Número de Póliza: _____

Número de Grupo: _____ Número de Teléfono de la Compañía de Seguro: _____

Nombre y Relación con el titular de la póliza para todas las personas cubiertas por esta póliza: _____

Nombre del Titular de la Póliza: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Nombre de otra Compañía de Seguro: _____ Número de Póliza: _____

Número de Grupo: _____ Número de Teléfono de la Compañía de Seguro: _____

Nombre y Relación con el titular de la póliza para todas las personas cubiertas por esta póliza: _____

Si tiene otra cobertura de Medicare, proporcione la siguiente información para todos los participantes de Medicare

Nombre de la persona _____ Motivo de la Cobertura de Medicare

Parte A Fecha de Vigencia ____/____/____

65 años o más

Parte B Fecha de Vigencia ____/____/____

Incapacitado

Parte D Fecha de Vigencia ____/____/____

Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD)

Fecha de inicio del tratamiento de diálisis ____/____/____

3. Detalles de Accidente y/o Lesión en el Trabajo, solo llene si aplica:

a. ¿Usted, su cónyuge o sus dependientes tienen un reclamo actual que se debe a una lesión? Yes No

b. ¿Usted o sus dependientes tienen un reclamo actual que ocurrió en el curso del empleo? Yes No

En caso afirmativo, explique el accidente/lesión y proporcione la fecha de la lesión y dónde ocurrió la lesión.

Firma del Empleado/Titular de la Póliza

Firma del paciente

Fecha