INSURANCE MANAGEMENT SERVICES
P.O. Box 15688 • Amarillo, TX 79105

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE LA RECLAMACIÓN

Fax para Reclamaciones 806-373-6646; Teléfono 806-373-5944; Línea Gratuita 800-687-5944

1. Nombre del Empleado _____ Número de Seguro Social _____
   Dirección _____ Dirección de correo electrónico _____
   Fecha de Nacimiento _____ Número de Teléfono _____
   Nombre del Empleador _____ Número de Grupo _____
2. Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ Relación con el Empleado _____
3. Nombre del Esposo/a _____ Fecha de Nacimiento _____ Número de Seguro Social _____
   Nombre del Empleador del Esposo/a _____ Número de Teléfono _____
   Dirección del Empleador del Esposo/a _____
4. Usted o alguno de sus dependientes, ¿tiene otro seguro médico **(incluido Medicare)**? ☐ Sí ☐ No
   Si la respuesta es sí, indique el nombre de la(s) persona(s) asegurada(s) _____
   Si la respuesta es sí, indique el nombre de la otra compañía de seguros _____ Número de Póliza _____
   Dirección/Teléfono de la compañía de seguros _____
   Si el otro seguro es Medicare, entregue una copia de su tarjeta Medicare.
5. ¿La reclamación se debe a una lesión? ☐ Sí ☐ No
   Si la respuesta es sí, ¿qué pasó? _____
   ¿Cuándo y dónde ocurrió el accidente? _____
   ¿La lesión ocurrió en su trabajo? ☐ Sí ☐ No

AUTORIZO a todo médico, dentista, residente, hospital, clínica, farmacia u otro proveedor de atención médica, toda compañía de seguros, agencia del gobierno o agencia de informes de consumidores a revelar a Insurance Management Services o a mi empleador toda información y todos los registros relacionados con un diagnóstico, tratamiento, historia médica, enfermedad y evaluación física o mental o cualquier otra información relacionada conmigo o con mis hijos dependientes. Comprendo que toda información obtenida no será revelada a ninguna persona u organización a excepción de sus reaseguradoras, de otras personas o de otras organizaciones que realicen negocios o servicios legales relacionados con mi cobertura, o si lo exige la ley o si yo lo autorizo. La fotocopia de esta autorización tiene validez durante la vigencia de la cobertura. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización, a pedido.

_____	_____	_____
Firma del Empleado	Firma del Paciente	Fecha

Autorizo el pago directo a los siguientes Proveedores **X** _____
Firma

Proveedor(es) _____

COMENTARIOS: _____

_____

_____