



Regence BlueCross BlueShield of Oregon is an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

Regence BlueCross BlueShield of Oregon
100 SW Market Street
PO Box 1271
Portland, Oregon 97207-1271
1 (888) 367-2116

Devuelva el formulario completo.
Por correo: PO Box 12625 MS S1C
Salem, OR 97309
Fax: 1 (888) 891-0771

Fecha de hoy:
Número de identificación:
Paciente:
Número de reclamo:
Proveedor:
Fecha de servicio:
ID de carta del cliente:

Informe del incidente

Llene este informe del incidente y devuélvalo en el sobre adjunto dentro de los 45 días después de recibirlo. Si no recibimos su informe del incidente completo y firmado dentro de los 45 días, todos los reclamos relacionados con este incidente se denegarán hasta que se reciba el informe del incidente. Tenga en cuenta que si se deniega un reclamo debido al retraso en devolver su informe de incidentes completo, los cargos facturados por su proveedor se considerarán su responsabilidad y el proveedor le puede facturar a usted directamente por estos gastos.

La información completa es esencial y muy apreciada. Los reclamos no son procesados cuando se requiere de información adicional. Tomará hasta 15 días después de que recibamos toda la información necesaria, antes que los reclamos puedan ser procesados. Para evitar retrasos, proporcione cuidadosa y completamente toda la información solicitada.

INFORMACIÓN GENERAL

Explique brevemente por qué buscó tratamiento. Si corresponde, identifique las partes específicas del cuerpo afectadas por esta lesión. ¿Cómo ocurrió la lesión? ¿Qué se lesionó? ¿En dónde ocurrió el evento?

Fecha de inicio de la lesión o enfermedad _____ Explicación _____

El servicio recibido por la lesión descrita anteriormente estuvo relacionado con un incidente que ocurrió:

- En el trabajo o por el trabajo; o
- Debido a un accidente automovilístico o lesión relacionada con un automóvil; o
- Debido a un accidente con otro tipo de vehículo (accidente en motocicleta, monopatín, motonieve, bote, etc.); o
- Causado por un tercero; o
- ¿Por causa de algo / alguien en un negocio o residencia que no sea su propio hogar?

El servicio recibido por la lesión descrita anteriormente:

- No ocurrió en el trabajo o por el trabajo; o
- No fue causada por un tercero ni incurrida como resultado de un accidente; o
- No hubo otra persona involucrada. Explique lo anterior:

Si las lesiones que usted sufrió no fueron relacionadas a un accidente ni ocurrieron en el trabajo o por el trabajo, pase al final de este formulario, firmelo, coloque la fecha y devuélvanoslo.

De otra manera, continúe y complete las secciones que correspondan en las páginas 2 y 3, firmelo, coloque la fecha y devuelva el formulario.



INFORMACIÓN GENERAL (continuación)

¿Pretende recuperar gastos por daños de la parte responsable del accidente, lesión o afección relacionada con el trabajo? Sí No

¿Le han ofrecido algún arreglo? Sí No

¿Ha aceptado algún arreglo? Sí No

Si la respuesta es sí, indique la fecha del arreglo _____ Monto del acuerdo _____

Incluya una copia de los documentos de su acuerdo

¿Ha contratado a un abogado? Sí No

Nombre del abogado _____ Número telefónico _____

Dirección del abogado _____

¿El tratamiento fue resultado de un accidente/lesión con un vehículo u otro tipo de vehículo?

Sí (de los detalles a continuación) No

El paciente fue un: Conductor Pasajero Peatón Otros

El vehículo fue: Carro Motocicleta ATV Motonieve Otros

¿Estaban involucrados más de dos vehículos? Sí No

Nombre de la parte responsable _____

Compañía aseguradora de la parte responsable _____

Dirección de la compañía aseguradora de la parte responsable _____

Nombre del ajustador _____ Número de teléfono del ajustador _____

Número de reclamo _____ Dirección de correo electrónico del ajustador _____

¿Usted tiene seguro de vehículo? Sí No *De no tenerlo, adjunte una copia del informe policial.

¿Cubre su seguro de vehículo la protección en caso de lesiones personales (PIP, por sus siglas en inglés) o pagos médicos (Med Pay)?

Sí No Adjunte una fotocopia de la página de declaración de su póliza de seguro, la que muestra qué tipos de cobertura tiene (en particular, si su póliza proporciona cobertura para PIP o Med-Pay) y el monto en dinero de su cobertura.

Nombre de su compañía de seguros _____

Dirección de su compañía de seguros _____

Nombre del ajustador _____ Número de teléfono del ajustador _____

Número de reclamo _____ Dirección de correo electrónico del ajustador _____

Nombre de los otros miembros de su familia cubiertos bajo su plan de salud que fueron lesionados _____



INFORMACIÓN GENERAL (continuación)

Si el accidente no fue en su propio vehículo, nombre y dirección del propietario del vehículo en el que viajaba el paciente.

Compañía aseguradora, número de reclamo, nombre y número de teléfono del ajustador del vehículo en el que viajaba el paciente.

¿La póliza de este vehículo cubría beneficios Med Pay o PIP para los pasajeros? Sí No

***Si Pip o Med Pay está agotado, proporcione copia de la lista de pagos del seguro de vehículo.**

CONDICIÓN RELACIONADA CON EL TRABAJO

¿El servicio que usted necesitó por una lesión, condición o enfermedad fue causado o recibido por el trabajo o en el trabajo? Sí No

Si no fue así, díganos qué ocurrió _____

Cuándo (o durante qué periodo) ocurrió su lesión o enfermedad _____

¿Ha presentado un reclamo de compensación laboral? Sí No

Si la respuesta es Sí, proporcione: Número de reclamo _____

Nombre y dirección de la compañía aseguradora de beneficios de compensación al trabajador _____

Nombre del ajustador _____ Número de teléfono del ajustador _____

***Si su reclamo fue denegado o cerrado, por favor adjunte copia de su notificación de cierre o denegación.**

¿Tiene planificado apelar esta decisión? Sí No

¿Usted trabaja por su cuenta? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿tiene una póliza industrial para usted? Sí No

Nombre y dirección de la compañía aseguradora industrial (si aplica) _____

OTRO ACCIDENTE O LESIÓN

¿El accidente o lesión ocurrió en la propiedad de alguien más? Sí No

¿Los dueños de la propiedad tienen seguro que cubra gastos médicos? Sí No

¿Piensa presentar un reclamo? Sí No

Si respondió "sí" proporcione el nombre de la compañía aseguradora _____

Nombre del ajustador _____ Número de reclamo _____

Dirección _____ Número telefónico _____



DECLARACIONES DEL MIEMBRO

“Entiendo que si yo, o cualquiera de mis dependientes cubiertos, (miembro) hemos estado en un accidente o hemos sufrido una lesión ocasionada por un tercero, o tengo una condición relacionada con el trabajo, los beneficios de mi plan de beneficios médicos estarán disponibles para mí o mis dependientes cubiertos, sujeto a los términos, limitaciones y exclusiones del plan. El miembro además entiende que, como una condición para la cobertura, el plan de beneficios médicos requiere que el miembro coopere con Regence BlueCross BlueShield of Oregon (Regence) en sus esfuerzos de recuperar el costo de los beneficios que ha proporcionado de la parte responsable o del asegurador de la parte responsable y si el miembro no coopera completamente de acuerdo con el plan de beneficios médicos, que Regence puede demandar el reembolso de la parte responsable o del asegurador de la parte responsable o del miembro, de acuerdo con el plan de beneficios médicos y la ley aplicable.

El miembro entiende que Regence y cualquiera que actúe en su nombre tiene autorización por ley de divulgar información acerca de cualquier accidente, lesión o condición relacionada con el trabajo descrita en este informe de incidente y los beneficios y servicio médico que el miembro recibió en relación con ese accidente, lesión o condición relacionada con el trabajo, a cualquier parte potencialmente responsable y al asegurador de la parte potencialmente responsable.

El miembro autoriza a la compañía(s) de seguro enumerada en las páginas 2 y 3 a divulgar cualquier información relacionada a la cobertura del miembro a Regence. El miembro también autoriza a Regence a revisar cualquier archivo de reclamo por compensación al trabajador del miembro relacionado con este informe de incidente para que Regence pueda determinar si hay cobertura de compensación al trabajador disponible para cualquier condición relacionada con el trabajo.

El miembro entiende que es un delito proporcionar intencionalmente información falsa, engañosa o incompleta a Regence con la intención de defraudar a la compañía, y que las sanciones por la comisión de fraude incluyen encarcelamiento, multas y la negación de los beneficios del seguro. Por otra parte, Regence tendrá el derecho a ejercer sus derechos legales, incluyendo la recolección de pagos de reclamos y otros daños.

El miembro declara en consecuencia, que la información en las páginas de la 1 a la 3 es verdadera, correcta y completa.

FIRMADO y FECHADO el _____ el día de _____, 20_____.

Número de teléfono particular _____ Número de teléfono del trabajo _____

Número de teléfono celular _____ Dirección de correo electrónico _____

Firma del miembro  _____

Fecha _____ Número de identificación _____

Firma del dependiente lesionado o Tutor legal  _____

Fecha _____ Parentesco _____

Es posible que necesitemos comunicarnos con usted para aclarar sus respuestas u obtener información adicional. Incluya el horario en que está disponible, si hay restricciones de tiempo con relación a cuándo debemos comunicarnos con usted. Además, incluya su dirección de correo electrónico si está bien comunicarnos con usted de esa manera.

Información adicional/aclaración _____

