

FORMULARIO DE RECLAMO DE DISCAPACIDAD A



Nota importante para el empleado - Léala con atención

Usted o alguien que actúe en su representación deben completar la Sección 1 y después debe pedirle a su empleador que complete la Sección 2. Pídale a su médico que complete la Sección 3 en los diez siguientes. Cuando las tres secciones estén completas, envíenos el formulario a la dirección o al fax que se indican abajo. Su cooperación ayudará a que los pagos se hagan rápido cuando se venzan.

Toda persona que deliberadamente, y con la intención de defraudar a las compañías de seguros, envíe una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa podría estar sujeta a cargos criminales.

SECCIÓN 1: LA DEBE COMPLETAR EL EMPLEADO

Apellido del empleado:		Nombre del empleado:		Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo					Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
Dirección del empleado:			Ciudad:	Estado:	Código ZIP:
Teléfono:		Número de Seguro Social:		Nombre del empleador:	
Fecha en que dejó de trabajar debido a su discapacidad (mm/dd/aaaa)		Fecha en que regresó a trabajar (mm/dd/aaaa)		Si no ha regresado a trabajar, fecha en que espera regresar (mm/dd/aaaa)	
Discapacidad debido a: <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Lesión Si se trata de una lesión, dé todos los detalles del accidente, la fecha y la hora (agregue otra hoja si es necesario):					
Autorizo a Planned Administrators, Inc. (PAI) a dar y recibir la información médica o del seguro que se requiere para procesar mi reclamo. Entiendo que toda la información obtenida relacionada a esta autorización solo se usará para evaluar mi reclamo y se podría transferir a organizaciones o personas empleadas por o representantes de PAI para ayudarlas en este tema. Esta autorización es válida por la duración de mi reclamo. Entiendo que tengo el derecho de solicitar y recibir una copia de esta autorización. Una copia fotostática de esta autorización es tan válida como el original.					
Las declaraciones anteriores son verdaderas y completas hasta donde llegan mis conocimientos y creencias. (Se requiere su firma para ser considerado para los beneficios.)					
Firma del empleado				Fecha (mm/dd/aaaa)	

SECCIÓN 2: LA DEBE COMPLETAR EL EMPLEADOR

Póliza de grupo #	Fecha de empleo (mm/dd/aaaa)	Fecha efectiva del seguro (mm/dd/aaaa)	Título del trabajo/ocupación	Número estándar de horas trabajadas por semana:
Número de Seguro Social	Número de empleado (si se aplica)		Clase de beneficios del empleado:	Cantidad de beneficios semanales:
Fecha en que el empleado trabajó por última vez: _____ # de horas: _____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			Pago del empleado: \$ _____	
Fecha en que el empleado está programado a regresar al trabajo: _____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			por <input type="checkbox"/> hora <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> año	
Fecha en que el empleado regresó al trabajo: _____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> A sueldo	
Estatus del empleado el último día que trabajó o estatus actual del empleado:				
Comentarios:				
Nombre del grupo del asegurado:		Dirección de la sección/división:		Teléfono:
Nombre impreso del representante del empleador:			Título:	
Firma del representante del empleador:			Fecha (mm/dd/aaaa)	

Planned Administrators, Inc.
Short-Term Disability Claims
P.O. Box 6927
Columbia, SC 29260
Teléfono: 800-768-4375 Fax: 803-870-8788

SECCIÓN 3: LA DEBE COMPLETAR EL DOCTOR**Nota para el doctor:**

Completar este formulario ayudará a su paciente a presentar un reclamo por beneficios para discapacidad de grupo. Complete todas las áreas de este formulario. Si una sección no se aplica, escriba "N/A" en el área de la respuesta.

Apellido del paciente:	Nombre del paciente:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Diagnóstico actual:		Código ICD-9/DSM IV:	
Hallazgos subjetivos:		Hallazgos objetivos:	

¿El paciente había tenido la misma condición o una similar? Sí No Si contestó "Sí", especifique las fechas del tratamiento:

¿La discapacidad se debe a un embarazo? Sí No

Si contestó "Sí", LMP (mm/dd/aaaa): _____ EDU (mm/dd/aaaa) _____ Tipo de parto: Vaginal Cesárea

¿El paciente fue hospitalizado? Sí No

Si contestó "Sí", escriba las fechas del confinamiento y el nombre del hospital/institución:

Nombre del procedimiento quirúrgico, si hubo. (Describalo completamente.)

Fecha en que se completó (mm/dd/aaaa) _____

TRATAMIENTO

Fecha en que el paciente no pudo completar las responsabilidades de su trabajo por primera vez (mm/dd/aaaa):	Fecha de la primera visita (mm/dd/aaaa)	Fecha de la última visita (mm/dd/aaaa)
Condición actual del paciente: <input type="checkbox"/> Se recuperó <input type="checkbox"/> Mejoró <input type="checkbox"/> Sin cambios <input type="checkbox"/> Empeoró	Frecuencia de las visitas: <input type="checkbox"/> Cada semana <input type="checkbox"/> Cada mes <input type="checkbox"/> Otra frecuencia	
Plan del tratamiento		
Discapacidades funcionales	Medicinas actuales y sus dosis	

MEDIDA DE LA DISCAPACIDAD

¿El paciente está autorizado para regresar a trabajar? Sí No

Si contestó "Sí": Tiempo completo, sin restricciones Fecha de regreso a todas las responsabilidades:

Responsabilidades ligeras (Especifique las restricciones, limitaciones, horas, regreso gradual al trabajo, etc.):

Fecha de regreso a responsabilidades ligeras (mm/dd/aaaa):

¿El paciente es un candidato óptimo para un programa de rehabilitación? Sí No

CONDICIÓN SIQUIÁTRICA

¿El paciente es competente para firmar cheques y dirigir los fondos de estos? Sí No Si contestó "No", incluya documentación que respalde esta opinión.

Apellido impreso del doctor:	Nombre del doctor:	Inicial del segundo nombre:	Especialidad del doctor	
Dirección del doctor:	Ciudad:		Estado:	Código ZIP:
Teléfono del doctor:	Fax del doctor:	E-mail del doctor:		
Firma del doctor: X			Fecha (mm/dd/aaaa)	