



FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE SEGURO DE ACCIDENTES PARA ESTUDIANTES SE REQUIERE EL FORMULARIO DE RECLAMACIÓN FIRMADO

- 1. LLENE COMPLETAMENTE LA PÁGINA 1 Y LA PÁGINA 2 DE ESTE FORMULARIO
2. ADJUNTE LAS FACTURAS DETALLADAS Y LAS EXPLICACIONES DE LOS BENEFICIOS DE LA ASEGURADORA PRINCIPAL
3. CONSULTE EL REVERSO PARA OBTENER INSTRUCCIONES ADICIONALES
4. ENVÍE TODA LA CORRESPONDENCIA A:

WEB-TPA
P.O. Box 2415
Grapevine, TX 76099-2415

Número gratuito: 866-975-9468
Correo electrónico: benefit.assist@webtpa.com

AVISO IMPORTANTE:

Su plan de seguro está diseñado para proporcionar los máximos beneficios por una prima mínima. Este plan de seguro es secundario a cualquier seguro médico que tenga. Si usted tiene otro seguro, presente su reclamación a su otra compañía de seguros. Cuando reciba su Declaración de beneficios, envíenlo junto con sus facturas detalladas, el diagnóstico y este formulario completado. CONSULTE EL REVERSO PARA OBTENER INSTRUCCIONES ADICIONALES SOBRE CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN. Nota: Los beneficios de la póliza de accidentes son limitados y es posible que no proporcionen el 100% de cobertura.

SI LA PARTE 1-A Y LA PARTE 1-B NO SE LLENAN POR COMPLETO, ESTA RECLAMACIÓN NO SE PODRÁ PROCESAR Y SE DEVOLVERÁ

PARTE 1-A: LA ORGANIZACIÓN/ESCUELA LA DEBE LLENAR POR COMPLETO

Nombre de la organización/del distrito escolar Número de póliza

Nombre de la escuela N.º de teléfono ()

Dirección Correo electrónico

Tipo de actividad/deporte

Si es Atletismo, nombre Clase de educación física Interno Intercolegial Juego Equipo universitario junior Equipo universitario Joven Adulto Práctica Otro

Fecha del accidente Hora del accidente Fecha del primer tratamiento

Dónde y cómo ocurrió el accidente? (sea específico)

Parte del cuerpo lesionada En el momento del accidente, estaba el reclamante involucrado en una actividad patrocinada y supervisada y era un estudiante/miembro actual de la organización/el distrito escolar Sí No

Bajo la supervisión de quién? Fue testigo? Sí No

Firma autorizada Título Fecha

(DEBE ESTAR FIRMADO POR UN FUNCIONARIO DE LA ORGANIZACIÓN/ESCUELA, A MENOS QUE LA LESIÓN NO SE HAYA PRODUCIDO DURANTE UNA ACTIVIDAD DE LA ORGANIZACIÓN/ESCUELA. LA FIRMA ES OBLIGATORIA.)

PARTE 1-B: LO DEBE LLENAR POR COMPLETO EL RECLAMANTE: O SU MADRE/PADRE/TUTOR LEGAL SI EL RECLAMANTE ES MENOR DE EDAD

Nombre del reclamante N.º del seguro social

Fecha de nacimiento Edad Grado escolar Masculino Femenino

Dirección del reclamante o su madre/padre/tutor legal

N.º de teléfono () Dirección de correo electrónico

Nombre y dirección del médico de cabecera

N.º de teléfono () ¿Se ha completado el tratamiento? Sí No

Nombre del reclamante o su padre/tutor legal

Nombre y dirección del empleador N.º de teléfono ()

Autónomo Desempleado

Nombre del reclamante o su madre/tutor legal

Nombre y dirección del empleador N.º de teléfono ()

Autónomo Desempleado

El reclamante está cubierto por alguna otra póliza de seguro médico y/o dental? Sí No

El reclamante está cubierto por un seguro patrocinado por el gobierno como Medicare/Medicaid? Sí No

CONTINÚE CON LA PRÓXIMA PÁGINA DEL FORMULARIO QUE SE DEBE LLENAR POR COMPLETO

Nombre de todas las compañías que le proporcionan al reclamante cobertura de seguro o planes médicos prepagos

Nombre de la compañía

Dirección

Póliza N.º

Los beneficios están sujetos a esta reclamación según estas otras coberturas de seguro? Sí No (Consulte el AVISO IMPORTANTE en la parte superior del formulario en la página 1)

Su hijo o hija tiene cobertura de seguro médico como dependiente elegible de un matrimonio anterior según lo ordenado en un decreto de divorcio? Sí No Si respondió que sí, proporcione el nombre, la dirección y el número de teléfono de la parte responsable _____

DECLARACIÓN JURADA: Verifico que la declaración anterior sobre el otro seguro es exacta y completa. Comprendo que el hecho de proporcionar intencionalmente información incorrecta a través del correo estadounidense puede ser fraudulento y puede infringir las leyes federales y estatales. Acepto que de determinarse en una fecha posterior que existen otros beneficios de seguro que podrían indemnizarse en esta reclamación, reembolsaré a Gerber Life Insurance Company en la medida en que esta no fuera responsable por los mismos.

Firma: Reclamante, madre/padre o tutor legal _____ Fecha: _____

LA FIRMA ES OBLIGATORIA

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN: Por medio del presente, autorizo a cualquier empleado, plan médico, compañía de seguros, hospital, médico, profesional de atención médica, clínica, laboratorio, farmacia, instalación médica u otra persona que haya proporcionado tratamiento, pago o servicios en relación con esta reclamación, a divulgar, cuando se lo soliciten, toda la información relativa a las lesiones, coberturas de póliza, historiales médicos, consultas, recetas o tratamientos, y las copias de todos los registros hospitalarios o médicos, y las facturas detalladas a WebTPA, Inc. y Gerber Life Insurance Company, sus agentes, empleados y representantes.

Por medio del presente, autorizo a WebTPA, Inc. a debatir toda la información relacionada con los gastos médicos en los que se incurra o los tratamientos proporcionados en relación con esta reclamación, con los representantes de Special Markets Insurance Consultants, Inc. y sus agentes asignados, y con los funcionarios de la escuela u organización a través de la cual se emita esta póliza. Una fotocopia estática de esta autorización se considerará igual de eficaz y válida que la original.

Firma: Reclamante, madre/padre o tutor legal _____ Fecha: _____

LEER

SIGA ESTAS INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN

SE DEBE PROPORCIONAR TODA LA INFORMACIÓN PARA QUE SE PROCESE LA RECLAMACIÓN

NOTA: Los beneficios de la póliza de accidentes son limitados y es posible que no proporcionen el 100% de cobertura. El beneficio máximo para el tratamiento ambulatorio por parte del médico en relación con la fisioterapia o la manipulación espinal es de \$ 1000 por lesión no quirúrgica para la cobertura adquirida por la escuela. El hecho de completar un formulario de reclamación no garantiza el pago de los beneficios. Cada reclamación se revisa conforme a las disposiciones de la póliza.

♦Responda todas las preguntas de forma detallada (incluya también su firma en todos los espacios requeridos del anverso y reverso del formulario). Es necesario completar un formulario de reclamación por cada accidente.

♦Si usted tiene otro seguro, presente su reclamación a su otra compañía de seguros. Cuando reciba la notificación de explicación de beneficios de su aseguradora principal, envíenla junto con las facturas detalladas correspondientes y el formulario de reclamación lleno por completo. Debe presentar las facturas detalladas; los resúmenes de saldo adeudado no se procesarán. Las facturas detalladas incluyen:

- 1) HCFA-1500 (formulario estándar utilizado por los proveedores)
- 2) UB-04 o UB-92 (formulario estándar utilizado por los hospitales)

♦Si ya pagó la factura, incluya un recibo de pago o una copia de su cheque cancelado. De lo contrario, el pago se realizará a los proveedores del servicio (hospital, médico u otros), a menos que adjunte a la factura un recibo de pago cuando envíe la reclamación.

♦Envíe toda la correspondencia a WebTPA, Inc., **P.O. Box 2415 Grapevine, TX 76099-2415**. El formulario de reclamación se debe enviar en un plazo de 90 días a partir de la fecha en que recibió atención médica por primera vez. Las facturas que no se presenten con el formulario de reclamación se deben enviar, en un plazo de 90 días a partir de la fecha en que recibió atención médica, a la compañía identificada con el nombre del reclamante, el nombre de la organización o escuela, y la fecha del accidente.

♦Si cambia su dirección, notifique a WebTPA, Inc. por medio de una notificación a WebTPA, para que no haya demoras al procesar las reclamaciones.

♦Comuníquese con WebTPA, Inc. llamando al número **866-975-9468**, si desea comprobar el estado de su reclamación o si tiene preguntas sobre cómo se procesó su reclamación o se pagó el beneficio.

Causas comunes de las demoras en el procesamiento de reclamaciones

1. Formularios de reclamación no enviados o incompletos.
2. Resúmenes de saldo adeudado, saldo pendiente o vencimiento presentados en lugar de las facturas.
3. Explicación de beneficios de la compañía principal no proporcionada con las facturas.

CONSERVE EN SUS ARCHIVOS LAS COPIAS DE TODOS LOS FORMULARIOS DE RECLAMACIÓN, LAS FACTURAS Y LA CORRESPONDENCIA, HASTA QUE SE HAYA PROCESADO SU RECLAMACIÓN.

DECLARACIONES DE AVISO DE FRAUDE

AVISO PARA LOS SOLICITANTES: "TODA PERSONA QUE, CON PLENO CONOCIMIENTO Y CON LA INTENCIÓN DE ENGAÑAR A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS O A OTRA PERSONA, COMPLETE UNA SOLICITUD DE SEGURO O DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTenga INFORMACIÓN MANIFIESTAMENTE FALSA O QUE OCULTE, CON LA FINALIDAD DE INDUCIR A ERROR, INFORMACIÓN CONCERNIENTE A CUALQUIER HECHO QUE RESULTE IMPORTANTE PARA EL MISMO, COMETE UN DELITO DE FRAUDE CONTRA UNA ASEGURADORA, LO QUE CONSTITUYE UN DELITO Y DEJA A TAL PERSONA SUJETA A SANCIONES PENALES O CIVILES".

SOLICITANTES RESIDENTES DE ALABAMA: "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTA UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTA PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA O UN BENEFICIO, O QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTA INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO, ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE QUEDAR SUJETA A MULTAS DE RESARCIMIENTO, A ENCARCELAMIENTO, O UNA COMBINACIÓN DE AMBAS SANCIONES".

SOLICITANTES RESIDENTES DE ALASKA: "UNA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO Y LA INTENCIÓN DE PERJUDICAR, ESTAFAR O ENGAÑAR A CUALQUIER ASEGURADORA, COMPLETE UNA RECLAMACIÓN QUE CONTenga INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O QUE INDUZCA A ERROR PODRÍA SER PROCESADA JUDICIALMENTE POR DELITO CONFORME A LA LEY ESTATAL".

SOLICITANTES RESIDENTES DE ARKANSAS: "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTA UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTA PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO, O QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTA INFORMACIÓN FALSA EN EL MARCO DE UNA SOLICITUD DE SEGURO, ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE QUEDAR SUJETA A MULTAS Y ENCARCELAMIENTO".

SOLICITANTES RESIDENTES DE ARIZONA: "PARA SU PROTECCIÓN, LA LEY DE ARIZONA REQUIERE QUE LA SIGUIENTE DECLARACIÓN APAREZCA EN ESTE FORMULARIO. TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTA UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTA PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA ESTARÁ SUJETA A MULTAS PENALES Y CIVILES".

SOLICITANTES RESIDENTES DE COLORADO: "ES ILEGAL PROPORCIONAR HECHOS O INFORMACIÓN FALSOS, INCOMPLETOS O QUE INDUZCAN A ERROR, CON PLENO CONOCIMIENTO, A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS CON EL PROPÓSITO DE ENGAÑARLA O INTENTAR HACERLO. LAS PENALIDADES INCLUYEN PRISIÓN, MULTAS, DENEGACIÓN DEL SEGURO Y DAÑOS CIVILES. TODA COMPAÑÍA DE SEGUROS O AGENTE DE UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PROPORCIONE HECHOS O INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O QUE INDUZCA A ERROR A UN TITULAR DE UNA PÓLIZA O DE UNA RECLAMACIÓN CON EL PROPÓSITO DE ENGAÑAR O INTENTAR ENGAÑAR A TAL TITULAR DE LA PÓLIZA O DE UNA RECLAMACIÓN CON RESPECTO A UN ACUERDO ENTRE PARTES O SUBSIDIO A PAGAR COMO RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS DE LA ASEGURADORA, SERÁ DENUNCIADO A LA DIVISIÓN DE SEGUROS DEL DEPARTAMENTO DE ORGANISMOS REGULATORIOS DE COLORADO".

SOLICITANTES RESIDENTES DE CALIFORNIA: "PARA SU PROTECCIÓN, LA LEY DE CALIFORNIA REQUIERE QUE EN ESTE FORMULARIO APAREZCA LO SIGUIENTE. TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTA UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTA PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA, ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE QUEDAR SUJETA A MULTAS Y ENCARCELAMIENTO".

SOLICITANTES RESIDENTES DE DELAWARE: "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO Y LA INTENCIÓN DE PERJUDICAR, ESTAFAR O ENGAÑAR A CUALQUIER ASEGURADORA, PRESENTE UNA DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTenga INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O QUE INDUZCA A ERROR ES CULPABLE DE UN DELITO GRAVE".

SOLICITANTES RESIDENTES DEL DISTRITO DE COLUMBIA: "ADVERTENCIA: PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA O QUE INDUZCA A ERROR A UNA ASEGURADORA CON EL PROPÓSITO DE ENGAÑAR A TAL ASEGURADORA O A CUALQUIER OTRA PERSONA CONSTITUYE UN DELITO. LAS PENALIDADES INCLUYEN PRISIÓN O MULTAS. ADEMÁS, LAS ASEGURADORAS PUEDEN NEGARSE A PAGAR BENEFICIOS DE SEGUROS SI EL SOLICITANTE PROPORCIONÓ INFORMACIÓN FALSA QUE SE RELACIONA SUSTANTIVAMENTE CON UNA RECLAMACIÓN".

SOLICITANTES RESIDENTES DE FLORIDA: "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO E INTENCIÓN DE PERJUDICAR, ESTAFAR O ENGAÑAR A UNA ASEGURADORA PRESENTE UNA DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN O UNA SOLICITUD QUE CONTenga INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O QUE INDUZCA A ERROR ES CULPABLE DE UN DELITO GRAVE EN TERCER GRADO".

SOLICITANTES RESIDENTES DE IDAHO: "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO Y LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR O ENGAÑAR A CUALQUIER ASEGURADORA, PRESENTE UNA DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTenga INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O QUE INDUZCA A ERROR ES CULPABLE DE UN DELITO GRAVE".

SOLICITANTES RESIDENTES DE INDIANA: "UNA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO Y LA INTENCIÓN DE ENGAÑAR A UNA ASEGURADORA, PRESENTE UNA DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTenga INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O QUE INDUZCA A ERROR ES CULPABLE DE UN DELITO GRAVE".

SOLICITANTES RESIDENTES DE KENTUCKY: "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO Y CON LA INTENCIÓN DE ENGAÑAR A CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGUROS O A OTRA PERSONA, PRESENTE UNA DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTenga CUALQUIER INFORMACIÓN "MANIFIESTAMENTE" FALSA, O QUE OCULTE CON EL FIN DE INDUCIR A ERROR, CUALQUIER INFORMACIÓN RELATIVA A UN HECHO QUE RESULTE DE IMPORTANCIA PARA EL MISMO, COMETE UN ACTO DE FRAUDE DE SEGURO, LO CUAL CONSTITUYE UN DELITO".

SOLICITANTES RESIDENTES DE LUISIANA: "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTA UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTA PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO, O QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTA INFORMACIÓN FALSA EN EL MARCO DE UNA SOLICITUD DE SEGURO, ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE QUEDAR SUJETA A MULTAS Y ENCARCELAMIENTO".

SOLICITANTES RESIDENTES DE MAINE: "PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS CON EL PROPÓSITO DE DEFRAUDARLA CONSTITUYE UN DELITO. LAS PENALIDADES INCLUYEN ENCARCELAMIENTO, MULTAS O DENEGACIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO".

SOLICITANTES RESIDENTES DE MARYLAND: "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO O VOLUNTAD PRESENTE UNA RECLAMACIÓN DE PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO QUE SEA FALSA O FRAUDULENTA, O QUE CON PLENO CONOCIMIENTO O VOLUNTAD PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN EL MARCO DE UNA SOLICITUD DE SEGURO, ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE QUEDAR SUJETA A MULTAS Y ENCARCELAMIENTO".

SOLICITANTES RESIDENTES DE MINNESOTA: "TODA PERSONA QUE PRESENTE UNA RECLAMACIÓN CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR O SABRIENDO QUE FACILITA UN FRAUDE CONTRA UNA ASEGURADORA, ES CULPABLE DE UN DELITO".

SOLICITANTES RESIDENTES DE NEVADA: TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTE UNA DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTenga UNA DECLARACIÓN FALSA O INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O QUE INDUZCA A ERROR ES CULPABLE DE UN DELITO SANCIONABLE SEGÚN LA LEY ESTATAL O FEDERAL, O AMBAS, Y PUEDE QUEDAR SUJETA A PENALIDADES CIVILES".

SOLICITANTES RESIDENTES DE NEW HAMPSHIRE: "TODA PERSONA QUE CON LA INTENCIÓN DE PERJUDICAR, ESTAFAR O ENGAÑAR A CUALQUIER ASEGURADORA PRESENTE UNA DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTENGA INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O QUE INDUZCA A ERROR QUEDARÁ SUJETA A ACUSACIÓN Y SANCIÓN POR FRAUDE DE SEGURO, SEGÚN LO DISPUESTO EN LA SECCIÓN RSA 638:20".

SOLICITANTES RESIDENTES DE NUEVA JERSEY: "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTE UNA DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTENGA INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O QUE INDUZCA A ERROR QUEDARÁ SUJETA A SANCIONES PENALES Y CIVILES".

SOLICITANTES RESIDENTES DE NUEVO MÉXICO: "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTA PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO, O QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO, ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE QUEDAR SUJETA A SANCIONES CIVILES Y PENALES".

SOLICITANTES RESIDENTES DE NUEVA YORK: "TODA PERSONA QUE, CON PLENO CONOCIMIENTO Y CON LA INTENCIÓN DE ENGAÑAR A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS O A OTRA PERSONA, PRESENTE UNA SOLICITUD DE SEGURO O DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTENGA INFORMACIÓN MANIFIESTAMENTE FALSA O QUE OCULTE, CON LA FINALIDAD DE INDUCIR A ERROR, INFORMACIÓN CONCERNIENTE A CUALQUIER HECHO QUE RESULTE IMPORTANTE PARA EL MISMO, COMETE UN ACTO DE FRAUDE DES SEGURO, LO QUE CONSTITUYE UN DELITO Y DEJA A TAL PERSONA SUJETA A UNA PENALIDAD CIVIL MÁXIMA DE CINCO MIL DÓLARES MÁS EL VALOR DECLARADO DE LA RECLAMACIÓN POR CADA INFRACCIÓN".

SOLICITANTES RESIDENTES DE OHIO: "TODA PERSONA QUE, CON LA INTENCIÓN DE ENGAÑAR O SABIENDO QUE PERMITE UN FRAUDE CONTRA UNA ASEGURADORA, PRESENTE UNA SOLICITUD O UNA RECLAMACIÓN QUE CONTENGA DECLARACIONES FALSAS O ENGAÑOSAS, SERÁ CULPABLE DE FRAUDE DE SEGURO".

SOLICITANTES RESIDENTES DE OKLAHOMA: "ADVERTENCIA. TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO Y LA INTENCIÓN DE PERJUDICAR, ESTAFAR O ENGAÑAR A CUALQUIER ASEGURADORA PRESENTE UNA RECLAMACIÓN POR LOS PROCEDIMIENTOS DE UNA PÓLIZA DE SEGURO QUE CONTENGA INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O QUE INDUZCA A ERROR ES CULPABLE DE UN DELITO GRAVE".

SOLICITANTES RESIDENTES DE OREGÓN: "TODA PERSONA QUE, CON PLENO CONOCIMIENTO Y CON LA INTENCIÓN DE ENGAÑAR A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS O A OTRA PERSONA, PRESENTE UNA SOLICITUD DE SEGURO O DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTENGA INFORMACIÓN MANIFIESTAMENTE FALSA O QUE OCULTE, CON LA FINALIDAD DE INDUCIR A ERROR, INFORMACIÓN CONCERNIENTE A CUALQUIER HECHO QUE RESULTE IMPORTANTE PARA EL MISMO, PUEDE QUEDAR SUJETA A JUICIO POR FRAUDE DE SEGURO".

SOLICITANTES RESIDENTES DE PENSILVANIA: "TODA PERSONA QUE, CON PLENO CONOCIMIENTO Y CON LA INTENCIÓN DE ENGAÑAR A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS O A OTRA PERSONA, PRESENTE UNA SOLICITUD DE SEGURO O DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTENGA INFORMACIÓN MANIFIESTAMENTE FALSA O QUE OCULTE, CON LA FINALIDAD DE INDUCIR A ERROR, INFORMACIÓN CONCERNIENTE A CUALQUIER HECHO QUE RESULTE IMPORTANTE PARA EL MISMO, COMETE UN ACTO DE FRAUDE DE SEGURO, LO QUE CONSTITUYE UN DELITO Y DEJA A TAL PERSONA SUJETA A SANCIONES PENALES O CIVILES".

SOLICITANTES RESIDENTES DE RHODE ISLAND: "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTA PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO, O QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN EL MARCO DE UNA SOLICITUD DE SEGURO, ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE QUEDAR SUJETA A MULTAS Y ENCARCELAMIENTO".

SOLICITANTES RESIDENTES DE TENNESSEE: "PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS CON EL PROPÓSITO DE DEFRAUDARLA CONSTITUYE UN DELITO. LAS PENALIDADES INCLUYEN EL ENCARCELAMIENTO, MULTAS Y LA NEGATIVA DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO".

SOLICITANTES RESIDENTES DE TEXAS: "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTA POR EL PAGO DE UNA PÉRDIDA ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE QUEDAR SUJETA A MULTAS Y ENCARCELAMIENTO EN UNA PRISIÓN ESTATAL".

SOLICITANTES RESIDENTES DE VIRGINIA: "PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS CON EL PROPÓSITO DE DEFRAUDARLA CONSTITUYE UN DELITO. LAS PENALIDADES INCLUYEN ENCARCELAMIENTO, MULTAS Y LA NEGATIVA DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO".

SOLICITANTES RESIDENTES DE WASHINGTON: "PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA, CON PLENO CONOCIMIENTO, A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS CON EL PROPÓSITO DE ENGAÑARLA, CONSTITUYE UN DELITO. LAS PENALIDADES INCLUYEN ENCARCELAMIENTO, MULTAS Y LA NEGATIVA DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO".

SOLICITANTES RESIDENTES DE VIRGINIA DEL OESTE: "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTA POR EL PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO, O QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN EL MARCO DE UNA SOLICITUD DE SEGURO, ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE QUEDAR SUJETA A MULTAS Y ENCARCELAMIENTO".

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM

PATIENT AND INSURED INFORMATION

PHYSICIAN OR SUPPLIER INFORMATION

PLEASE PRINT OR TYPE

APPROVED: OMB-0938-0008 FORM CMS-100 (10-83) FORM IRM-1500
 APPROVED: OMB-1215-0055 FORM OIGCP-1000, APPROVED OMB-0220-0001 (CHAMPUS)

UB-04

REVENUE CENTER

PATIENT AND INSURED INFORMATION

PHYSICIAN OR SUPPLIER INFORMATION

TOTALS

APPROVED

SAMPLE EOB (EXPLANATION OF BENEFITS)

UnitedHealthcare
 A UnitedHealth Group Company

UNITEDHEALTHCARE SERVICE LLC
 GREENSBORO SERVICE CENTER
 P O BOX 740800
 ATLANTA, GA 30374-0800
 PHONE: 1-800-838-8010
 VISIT WWW.MYUHC.COM FOR SELF SERVICE

EXPLANATION OF BENEFITS

1 PATIENT/RELAT CLAIM NUMBER: 9061512101

2 PROVIDER/SERVICE: MEDICAL SERVICES

3 DATE OF SERVICE: 03/19/10

4 AMOUNT CHARGED: 379.00

5 NOT COVERED: 297.83

6 AMOUNT ALLOWED: 81.17

7 COPAY/DEDUCTIBLE: 81.17

8 PLAN COVERS: 80%

9 BENEFIT AVAILABLE: 64.94*

10 REMARK CODE: 4C

11 BENEFIT PLAN PAYMENT SUMMARY INFORMATION: \$20.30

12 SATISFIED 2010 TO-DATE: FAMILY SP, DEDUCTIBLE \$1000.00, OUT OF POCKET \$1328.77

13 PLAN YEAR 2010: FAMILY INDIV, DEDUCTIBLE \$500.00, OUT OF POCKET \$1281.48

14 REMARK CODE(S) LISTED BELOW ARE REFERENCED IN THE "SERVICE DETAIL" SECTION UNDER THE HEADING "REMARK CODE" (4C) THIS PLAN DETERMINES BENEFITS ONCE MEDICARE MAKES PAYMENT. IF MEDICARE PAYS LESS THAN THIS PLAN'S BENEFIT, THIS PLAN WILL CONSIDER THE DIFFERENCE. THIS PLAN'S ALLOWABLE BENEFITS ARE BASED ON THE MEDICARE APPROVED AMOUNT IF THE PHYSICIAN OR PROVIDER ACCEPTED MEDICARE'S ASSIGNMENT OR ON THE LIMITING CHARGE IF THEY DID NOT ACCEPT THE ASSIGNMENT. THE PATIENT IS RESPONSIBLE FOR THE DIFFERENCE BETWEEN THE ALLOWABLE AMOUNT AND THE TOTAL AMOUNT PAID BY BOTH PLANS. THE PATIENT MUST PAY ANY APPLICABLE PLAN DEDUCTIBLES AND COPAYS BEFORE THIS PLAN CAN PAY ANY BENEFITS.

15 [*] INDICATES PAYMENT ASSIGNED TO PROVIDER

16 MEDICARE PAID: 44.64

17 PLAN PAYS: 20.30