

SOLICITUD DE INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIÓN DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES
Orthopedic Associates of Lancaster, LTD.

Información del paciente

Primer nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Fecha de la lesión: _____

Parte(s) del cuerpo lesionada(s): _____

**** Si hay varias partes del cuerpo, enumere todas e incluya el lado (izquierdo o derecho)*

Información del empleador

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Nombre del administrador de casos: _____

Teléfono del administrador de casos: _____ Fax del administrador de casos: _____

Información del seguro

Agente de seguros: _____

Número de reclamación: _____

Dirección de facturación: _____

Nombre del perito de seguros: _____

Teléfono del perito de seguros: _____ Fax del perito de seguros: _____

Si la compensación laboral rechaza la reclamación, cualquier saldo restante se facturará directamente al garante. Si esto ocurre y desea que su reclamo sea enviado al seguro médico personal, complete la siguiente sección:

Compañía de seguros: _____

Núm. de identificación de miembro: _____ Núm. de identificación del grupo: _____

Dirección de reclamaciones: _____

Reverso de la tarjeta de seguro

Nombre del asegurado: _____

Titular/Suscriptor de la póliza: la persona cuyo empleador proporciona la póliza como beneficio o la persona que paga la prima del seguro.

Relación del paciente con el suscriptor: **Hijo(a) Titular Cónyuge Otro:** _____

DEVUELVA ESTE FORMULARIO DENTRO DE LOS 10 DÍAS DESPUÉS DE RECIBIRLO A ORTHOPEDIC ASSOCIATES OF LANCASTER

FAX: 717-327-2794 CORREO ELECTRÓNICO: OALCLAIMINFO@FIXBONES.COM