



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 PROCESA 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 FRAUDULENTO 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 FRAUDULENTO 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 FRAUDULENTO 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 FRAUDULENTO 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".



PLEASE DO NOT STAPLE IN THIS AREA

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM

1. MEDICARE MEDICAID CHAMPUS CHAMPVA GROUP HEALTH PLAN FECA OTHER (FOR PROGRAM IN ITEM 1)

2. PATIENT'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial)

3. PATIENT'S BIRTH (DATE)

4. INSURED'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial)

5. PATIENT'S ADDRESS (No., Street)

6. PATIENT RELATIONSHIP TO INSURED

7. INSURED'S ADDRESS (No., Street)

8. PATIENT STATUS

9. OTHER INSURED'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial)

10. IS PATIENT'S CONDITION RELATED TO:

11. INSURED'S POLICY GROUP OR FECA NUMBER

12. PATIENT'S OR AUTHORIZED PERSON'S SIGNATURE

13. INSURED'S OR AUTHORIZED PERSON'S SIGNATURE

14. DATE OF CURRENT: ILLNESS (First symptoms) OR INJURY (Accident) OR PREGNANCY (LMP)

15. IF PATIENT HAS HAD SAME OR SIMILAR ILLNESS, GIVE FIRST DATE

16. DATES PATIENT UNABLE TO WORK IN CURRENT OCCUPATION

17. NAME OF REFERRING PHYSICIAN OR OTHER SOURCE

17a. I.D. NUMBER OF REFERRING PHYSICIAN

18. HOSPITALIZATION DATES RELATED TO CURRENT SERVICES

19. RESERVED FOR LOCAL USE

20. OUTSIDE LAB? \$ CHARGES

21. DIAGNOSIS OR NATURE OF ILLNESS OR INJURY. (RELATE ITEMS 1,2,3 OR 4 TO ITEM 24E BY LINE)

22. MEDICAR RESUBMISSION CODE ORIGINAL REF. NO.

23. PRIOR AUTHORIZATION NUMBER

24. A. DATE(S) OF SERVICE B. PLACE OF SERVICE C. TYPE OF SERVICE D. PROCEDURES, SERVICES, OR SUPPLIES (Specify Unusual Circumstances) E. DIAGNOSIS CODE F. \$ CHARGES G. DAYS (EPST) OR (Family Plan) H. EMG I. COB J. RESERVED FOR LOCAL USE K.

25. FEDERAL TAX I.D. NUMBER SSN EIN

26. PATIENT'S ACCOUNT NO.

27. ACCEPT ASSIGNMENT? (For plan claims, see back)

28. TOTAL CHARGE 29. AMOUNT PAID 30. BALANCE DUE

31. SIGNATURE OF PHYSICIAN OR SUPPLIER INCLUDING DEGREE(S) OR CREDENTIALS (If certifying that the statements on the reverse apply to this bill and are made a part thereof.)

32. NAME AND ADDRESS OF FACILITY WHERE SERVICES WERE RENDERED (If other than home or office)

33. PHYSICIAN, SUPPLIER'S BILLING NAME, ADDRESS, ZIP CODE & PHONE #

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

PATIENT AND INSURED INFORMATION

PHYSICIAN OR SUPPLIER INFORMATION

UB-04

1. IDENTIFY NAME 2. IDENTIFY ACCOUNT 3. IDENTIFY DATE

4. IDENTIFY DATE

5. IDENTIFY DATE

6. IDENTIFY DATE

7. IDENTIFY DATE

8. IDENTIFY DATE

9. IDENTIFY DATE

10. IDENTIFY DATE

11. IDENTIFY DATE

12. IDENTIFY DATE

13. IDENTIFY DATE

14. IDENTIFY DATE

15. IDENTIFY DATE

16. IDENTIFY DATE

17. IDENTIFY DATE

18. IDENTIFY DATE

19. IDENTIFY DATE

20. IDENTIFY DATE

21. IDENTIFY DATE

22. IDENTIFY DATE

23. IDENTIFY DATE

24. IDENTIFY DATE

25. IDENTIFY DATE

26. IDENTIFY DATE

27. IDENTIFY DATE

28. IDENTIFY DATE

29. IDENTIFY DATE

30. IDENTIFY DATE

31. IDENTIFY DATE

32. IDENTIFY DATE

33. IDENTIFY DATE

34. IDENTIFY DATE

35. IDENTIFY DATE

36. IDENTIFY DATE

37. IDENTIFY DATE

38. IDENTIFY DATE

39. IDENTIFY DATE

40. IDENTIFY DATE

41. IDENTIFY DATE

42. IDENTIFY DATE

43. IDENTIFY DATE

44. IDENTIFY DATE

45. IDENTIFY DATE

46. IDENTIFY DATE

47. IDENTIFY DATE

48. IDENTIFY DATE

49. IDENTIFY DATE

50. IDENTIFY DATE

51. IDENTIFY DATE

52. IDENTIFY DATE

53. IDENTIFY DATE

54. IDENTIFY DATE

55. IDENTIFY DATE

56. IDENTIFY DATE

57. IDENTIFY DATE

58. IDENTIFY DATE

59. IDENTIFY DATE

60. IDENTIFY DATE

61. IDENTIFY DATE

62. IDENTIFY DATE

63. IDENTIFY DATE

64. IDENTIFY DATE

65. IDENTIFY DATE

66. IDENTIFY DATE

67. IDENTIFY DATE

68. IDENTIFY DATE

69. IDENTIFY DATE

70. IDENTIFY DATE

71. IDENTIFY DATE

72. IDENTIFY DATE

73. IDENTIFY DATE

74. IDENTIFY DATE

75. IDENTIFY DATE

76. IDENTIFY DATE

77. IDENTIFY DATE

78. IDENTIFY DATE

79. IDENTIFY DATE

80. IDENTIFY DATE

81. IDENTIFY DATE

82. IDENTIFY DATE

83. IDENTIFY DATE

84. IDENTIFY DATE

85. IDENTIFY DATE

86. IDENTIFY DATE

87. IDENTIFY DATE

88. IDENTIFY DATE

89. IDENTIFY DATE

90. IDENTIFY DATE

91. IDENTIFY DATE

92. IDENTIFY DATE

93. IDENTIFY DATE

94. IDENTIFY DATE

95. IDENTIFY DATE

96. IDENTIFY DATE

97. IDENTIFY DATE

98. IDENTIFY DATE

99. IDENTIFY DATE

100. IDENTIFY DATE

PAGE OF CREATION DATE TOTALS

30. INVOICE NAME 31. HEALTHPLAN ID 32. PLAN NO. 33. PRIOR PAYMENTS 34. EST AMOUNT DUE 35. REF. 36. INVOICE DATE 37. OTHER ID 38. PRO ID 39. INVOICE NAME 40. INVOICE UNCLID 41. GROUP NAME 42. INSURANCE GROUP NO. 43. TREATMENT AUTHORIZATION CODES 44. DOCUMENT CONTROL NUMBER 45. EMPLOYER NAME 46. UNIT 47. REASON 48. OTHER PROCESSES 49. OTHER PROCESSES 50. OTHER PROCESSES 51. OTHER PROCESSES 52. OTHER PROCESSES 53. OTHER PROCESSES 54. OTHER PROCESSES 55. OTHER PROCESSES 56. OTHER PROCESSES 57. OTHER PROCESSES 58. OTHER PROCESSES 59. OTHER PROCESSES 60. OTHER PROCESSES 61. OTHER PROCESSES 62. OTHER PROCESSES 63. OTHER PROCESSES 64. OTHER PROCESSES 65. OTHER PROCESSES 66. OTHER PROCESSES 67. OTHER PROCESSES 68. OTHER PROCESSES 69. OTHER PROCESSES 70. OTHER PROCESSES 71. OTHER PROCESSES 72. OTHER PROCESSES 73. OTHER PROCESSES 74. OTHER PROCESSES 75. OTHER PROCESSES 76. OTHER PROCESSES 77. OTHER PROCESSES 78. OTHER PROCESSES 79. OTHER PROCESSES 80. OTHER PROCESSES 81. OTHER PROCESSES 82. OTHER PROCESSES 83. OTHER PROCESSES 84. OTHER PROCESSES 85. OTHER PROCESSES 86. OTHER PROCESSES 87. OTHER PROCESSES 88. OTHER PROCESSES 89. OTHER PROCESSES 90. OTHER PROCESSES 91. OTHER PROCESSES 92. OTHER PROCESSES 93. OTHER PROCESSES 94. OTHER PROCESSES 95. OTHER PROCESSES 96. OTHER PROCESSES 97. OTHER PROCESSES 98. OTHER PROCESSES 99. OTHER PROCESSES 100. OTHER PROCESSES

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

PAGE: 1 OF 1  
DATE: 04/29/10  
SSN/ID:  
EMPLOYEE:  
CONTRACT:  
BENEFIT PLAN: PFIZER INC

**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

MEDICARE PAID 44.64  
PLAN PAYS 20.30

[\*] INDICATES PAYMENT ASSIGNED TO PROVIDER

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.

BENEFIT PLAN PAYMENT SUMMARY INFORMATION: \$20.30

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

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

PLAN YEAR 2010: FAMILY INDIV DEDUCTIBLE \$1000.00 OUT OF POCKET \$4000.00