

Subrogation / Workers' Compensation  
I-20 at Alpine Road  
Columbia, SC 29219-0001  
1-800-288-2227, extensión 43060  
Fax: 1-803-865-0654



South Carolina

BlueCross BlueShield of South Carolina  
is an independent licensee of the  
Blue Cross and Blue Shield Association

## CUESTIONARIO SOBRE ACCIDENTES

Abonado: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_  
No. de identificación: \_\_\_\_\_  
Prestador: \_\_\_\_\_  
Fecha de servicio: \_\_\_\_\_  
Número de grupo: \_\_\_\_\_  
No. de reclamación: \_\_\_\_\_  
Monto de reclamación: \_\_\_\_\_

Estimado miembro:

Nuestro proceso de revisión indica que es posible que este paciente haya recibido servicios de cuidado de salud vinculados con un accidente. Para que podamos evaluar nuestra responsabilidad, por favor llene, firme y devuelva este formulario dentro de los cinco días de su recepción. Si no recibimos esta información, es posible que tengamos que rechazar sus reclamaciones. **Si usted ya ha completado un formulario para este accidente, por favor marque este espacio \_\_\_\_\_ y actualice.**

La lesión o enfermedad fue por: **Accidente de carro/motocicleta** \_\_\_\_\_ **relacionado con el trabajo** \_\_\_\_\_

**Otro accidente** \_\_\_\_\_ **No fue accidente** \_\_\_\_\_

Fecha de la lesión o enfermedad: \_\_\_\_\_ Ciudad/Condado y Estado de la lesión: \_\_\_\_\_

Describe la lesión o enfermedad y cómo ocurrió: \_\_\_\_\_

Nombres de otros familiares lesionados: \_\_\_\_\_

**Si usted marcó "Accidente de carro/motocicleta" u "Otro accidente" por favor, responda a lo siguiente:**

¿Otra persona causó este accidente? SÍ / NO

Si sí, nombre y dirección de la persona que causó el accidente: \_\_\_\_\_

Compañía de seguros de la persona que causó el accidente: \_\_\_\_\_ No. de póliza/reclamación: \_\_\_\_\_

Dirección y No. de teléfono: \_\_\_\_\_ Nombre del ajustador: \_\_\_\_\_

Si relacionado con carro o motocicleta, ¿el paciente usaba cinturón de seguridad? SÍ / NO ¿casco? SÍ / NO

Si relacionado con carro o motocicleta, ¿el paciente era el conductor \_\_\_\_\_ o un pasajero \_\_\_\_\_ ?

Compañía de seguros de automóvil del paciente: \_\_\_\_\_ No. de póliza/reclamación: \_\_\_\_\_

Dirección y No. de teléfono: \_\_\_\_\_ Nombre del ajustador: \_\_\_\_\_

**Si usted marcó "Relacionado con el trabajo" por favor, responda a lo siguiente:**

Nombre y dirección del empleador del paciente al momento de la lesión: \_\_\_\_\_

¿Ha presentado una reclamación de Compensación de trabajadores? SÍ / NO

Si sí, nombre de la aseguradora de Compensación de trabajadores: \_\_\_\_\_

No. de póliza/reclamación: \_\_\_\_\_ Nombre del ajustador: \_\_\_\_\_

Dirección y No. de teléfono: \_\_\_\_\_

¿La aseguradora de compensación de trabajadores ha aceptado o negado responsabilidad? ACEPTADO / NEGADO

Nombre, dirección y número de teléfono de su abogado (si corresponde): \_\_\_\_\_

**Acepto que la información precedente es correcta y no liquidaré ninguna reclamación sin antes contactar el Departamento de Subrogación / Compensación de trabajadores (Subrogation / Workers' Compensation) de Blue Cross and Blue Shield.**

Firma

Fecha

Número telefónico

### CUESTIONARIO SOBRE OTRA COBERTURA DE SALUD/DENTAL

Su contrato incluye una disposición de Coordinación de Beneficios (COB) para garantizar que proporcionemos beneficios correctos para reclamaciones a miembros con más de un plan de cobertura de salud/dental. Necesitamos información sobre otra cobertura de salud/dental que pueda tener, incluso Medicare, para procesar sus reclamaciones correctamente.

Nombre: \_\_\_\_\_

Número de ID: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

1. ¿Usted o cualquiera de sus dependientes tienen cualquier otra cobertura grupal de salud, dental o de Medicare?  No  Sí  
**SI NO, POR FAVOR FIRME, INDIQUE LA FECHA Y DEVUÉLVANOS ESTE FORMULARIO O LLAME A NUESTRO NÚMERO DE SERVICIO AL CLIENTE QUE APARECE EN SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN.**

Su firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

2. Enumere los familiares cubiertos por la otra póliza y el tipo de cobertura que usted tiene.
- |       |                                 |                                   |                                       |                                 |                                   |
|-------|---------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| _____ | <input type="checkbox"/> Médico | <input type="checkbox"/> Hospital | <input type="checkbox"/> Medicamentos | <input type="checkbox"/> Dental | <input type="checkbox"/> Medicare |
| _____ | <input type="checkbox"/> Médico | <input type="checkbox"/> Hospital | <input type="checkbox"/> Medicamentos | <input type="checkbox"/> Dental | <input type="checkbox"/> Medicare |
| _____ | <input type="checkbox"/> Médico | <input type="checkbox"/> Hospital | <input type="checkbox"/> Medicamentos | <input type="checkbox"/> Dental | <input type="checkbox"/> Medicare |
| _____ | <input type="checkbox"/> Médico | <input type="checkbox"/> Hospital | <input type="checkbox"/> Medicamentos | <input type="checkbox"/> Dental | <input type="checkbox"/> Medicare |
| _____ | <input type="checkbox"/> Médico | <input type="checkbox"/> Hospital | <input type="checkbox"/> Medicamentos | <input type="checkbox"/> Dental | <input type="checkbox"/> Medicare |

Para más familiares, adjunte una hoja con información.

\* Si marcó Medicare, responda la pregunta 7.

3. Nombre del titular de la otra póliza \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del titular de la otra póliza \_\_\_\_\_ Relación con usted \_\_\_\_\_
4. Nombre del empleador si la cobertura se ofrece a través de un empleador. \_\_\_\_\_
5. Nombre de la otra compañía de seguros y fecha de vigencia de la póliza. \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia \_\_\_\_\_  
Si la póliza ha terminado, indique la fecha de terminación. \_\_\_\_\_ No. de ID \_\_\_\_\_
6. Si hay un divorcio o separación, indique quién es responsable de los gastos de cuidado de salud \_\_\_\_\_  
Si tiene una copia de un decreto de divorcio, envíenos una copia. \_\_\_\_\_  
Si no hay un decreto judicial, ¿quién tiene la custodia de los niños? \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\* ESTA SECCIÓN ES PARA COBERTURA DE MEDICARE SOLAMENTE \*\*\*\*\*

7. ¿El titular de la póliza está trabajando activamente?  Sí  No \_\_\_\_\_ Fecha de inicio del empleo \_\_\_\_\_  
Último día de empleo activo \_\_\_\_\_
8. ¿Usted o cualquiera de sus familiares están cubiertos por Medicare?  No  Sí Si No, firme e indique la fecha abajo. Si Sí, complete la información siguiente.

• Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Número de Medicare \_\_\_\_\_ Parte A Fecha de vigencia \_\_\_\_\_  
Parte B Fecha de vigencia \_\_\_\_\_

Razón de Medicare (marque una)  Edad  
 Discapacidad  
 ESRD Fecha de primer diálisis \_\_\_\_\_

• Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Número de Medicare \_\_\_\_\_ Parte A Fecha de vigencia \_\_\_\_\_  
Parte B Fecha de vigencia \_\_\_\_\_

Razón de Medicare (marque una)  Edad  
 Discapacidad  
 ESRD Fecha de primer diálisis \_\_\_\_\_

Su firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

(10/03)

**\*NO SE CONSIDERARÁN RECLAMACIONES PARA PAGO SIN ESTA INFORMACIÓN\***

## **Preguntas Frecuentes**

### **¿Por qué necesitamos esta información?**

Su contrato de salud incluye una cláusula importante llamada "subrogación" o "reembolso". Esto significa que cuando Blue Cross and Blue Shield paga facturas médicas por una lesión o enfermedad que ha sido causada por terceros, tenemos derecho a obtener reembolso de estas facturas médicas del tercero, su compañía de seguros y/o la compañía de seguros que lo cubre a usted. Además, tenemos derecho a obtener reembolso de las facturas médicas de usted si usted recibe una liquidación del tercero o de una compañía de seguros por esta lesión o enfermedad.

### **¿Cómo hemos identificado su reclamación como un caso potencial de subrogación o compensación de trabajadores?**

Nuestro personal médico ha establecido una lista de códigos de diagnóstico que indican que una lesión o enfermedad puede estar relacionada con un accidente o con el trabajo. Cuando se procesan las reclamaciones en nuestro sistema, se genera un cuestionario si el paciente ha recibido tratamiento por una lesión o enfermedad que tiene uno de estos códigos de diagnóstico "tipo accidente".

### **¿En qué forma lo ayuda la subrogación?**

Estos procedimientos de subrogación/reembolso contribuyen a contener el costo del cuidado de salud al reducir los costos de las primas que usted y/o su empleador pagan y, además, al reducir el monto de los beneficios cargados a su monto máximo de beneficios.

### **¿Qué ocurre si usted se lesiona en el trabajo?**

Su contrato de salud incluye, además, una disposición que excluye el pago de facturas médicas por lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo. Esto significa que no proporcionaremos beneficios si la cobertura bajo las leyes de compensación de trabajadores proporciona o paga por el servicio, suministro o tratamiento de cualquier accidente o enfermedad relacionada con el trabajo. Además, si usted recibe una liquidación de su reclamación de compensación de trabajadores, nosotros consideramos que el pago de liquidación está cubierto por compensación de trabajadores y no proporcionaremos beneficios médicos por la lesión o enfermedad.

### **¿Este cuestionario cubre solamente accidentes relacionados con el trabajo?**

No. Si otra persona provocó su lesión o enfermedad, o puede ser responsable de su lesión o enfermedad, usted debe completar este formulario. Nosotros le proporcionamos una lista completa, pero estos son sólo algunos tipos de accidentes sobre los que debe informarnos: accidentes de carro, accidentes de motocicleta, lesiones relacionadas con el trabajo, lesiones en la propiedad de otra persona (como caerse en la tienda de comestibles), malpráctica médica, productos o maquinaria defectuosos, intoxicación alimenticia, etc.

### **¿Qué ocurre si esta reclamación no está relacionada con un accidente y ninguna otra persona es responsable de la lesión o enfermedad?**

La única forma de que nosotros sepamos si sus reclamaciones están relacionadas con un accidente o no es que usted complete y devuelva este formulario. Una vez que recibamos su información indicando que esta es una enfermedad de la que ninguna otra persona es responsable, nos aseguraremos de que se inicie el procesamiento de sus reclamaciones y registraremos su información en nuestro sistema para evitar que en el futuro se le envíen cuestionarios sobre el mismo accidente.

### **¿Qué debe hacer usted?**

Es muy importante que usted complete este cuestionario fácil y nos lo devuelva. Sus respuestas nos ayudarán a administrar debidamente sus reclamaciones y determinar si debemos tratar de obtener reembolso de un tercero o una compañía de seguros por estas reclamaciones. Si usted no devuelve el cuestionario, podemos retener el pago de sus reclamaciones médicas. Las cláusulas de subrogación/reembolso y de compensación de trabajadores en su contrato de salud le exigen notificarnos si usted recibe una concesión o liquidación de un tercero o una compañía de seguros. De la concesión o liquidación, usted debe reembolsar a Blue Cross and Blue Shield todo beneficio médico que hayamos pagado por esta lesión o enfermedad.

### **¿Qué hacer si aún tengo preguntas o necesito ayuda para completar este formulario?**

Por favor, contáctenos al 1-800-288-2227, extensión 43060, para más asistencia.