

410 Chickamauga Ave
Oficina 301
Rossville, GA 30741



Teléfono (706) 841-7000
Línea gratuita (877) 937-9602
Fax (706) 841-7020
www.nifmcp.com

**PRESTACIÓN POR PÉRDIDA DE TIEMPO DECLARACIÓN DE REEMBOLSO
(EL SOCIO DEBE COMPLETAR ESTE LADO)**

Enviar correo a:
**PLAN DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR NECA/IBEW
410 CHICKAMAUGA AVE, OFICINA 301
ROSSVILLE, GA 30741**

O enviar por correo electrónico a:
disabilitysupport@nifmcp.com

Nombre completo del socio: _____

Número de seguro social _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Número celular: _____

Empleador actual o último del socio: _____

Número de sindicato local: _____

Completar si la incapacidad se debe a una enfermedad:

1. Fecha en que aparecieron los síntomas por primera vez: _____
2. Naturaleza de la enfermedad: _____

Completar si la incapacidad es consecuencia de un accidente:

1. Fecha del accidente: _____
2. Lugar del accidente: _____
3. Proporcionar detalles del accidente: _____

¿Esta incapacidad se debe a su ocupación? Sí _____ No _____

¿Está cubierta esta incapacidad por alguna Ley de indemnización por accidentes de trabajo o enfermedad profesional? Sí _____ No _____

Primer día completo sin poder trabajar: _____

Fecha de reincorporación al trabajo: _____

O
Fecha prevista para reincorporarse al trabajo: _____

¿Le han aprobado una prestación por incapacidad de Seguridad Social (no se refiere al Seguro Estatal de Incapacidad)?

Sí _____ No _____ Pendiente _____

Fecha de concesión de incapacidad del Seguro Social:

_____/_____/_____
mes día año

Certifico que la información arriba indicada es verdadera y correcta y reconozco que el hecho de no facilitar información exacta puede dar lugar a la pérdida de prestaciones con carácter retroactivo. Autorizo a todos los médicos, hospitales u otras instituciones que presten atención y tratamiento a proporcionar al Plan de atención médica familiar de NECA/IBEW toda la información relativa al tratamiento prestado (incluidas las copias de los registros relacionados con dicho tratamiento).

Firma

Fecha

EL MÉDICO TRATANTE, LA ENFERMERA O LA ASISTENTE DEL MÉDICO DEBE COMPLETAR EL REVERSO

DECLARACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE, ENFERMERA O ASISTENTE DEL MÉDICO

Nombre completo del socio: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Diagnóstico primario: _____ Código ICD: _____

Diagnósticos secundarios: _____ Código ICD: _____

_____ Código ICD: _____

_____ Código ICD: _____

¿Se debe el cuadro a una lesión o enfermedad derivada del trabajo del paciente? Sí _____ No _____

Fecha en que aparecieron los primeros síntomas o cuando ocurrió el accidente: _____

Fecha en que el paciente lo consultó por primera vez por este cuadro: _____

¿Alguna vez el paciente ha presentado el mismo cuadro o uno similar? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, indicar cuándo y describir: _____

¿Sigue el paciente bajo su cuidado por esta enfermedad? Sí _____ No _____

¿El paciente recibe atención hospitalaria o ambulatoria debido a su diagnóstico? Paciente hospitalizado _____ Paciente ambulatorio _____

A efectos de este formulario, "incapacitado" significa que el paciente no puede desempeñar su trabajo como consecuencia de una lesión o enfermedad accidental y es completamente incapaz de realizar todas y cada una de las tareas de su ocupación o empleo.

El paciente ha quedado **incapacitado** a partir de _____

y debería poder regresar a su empleo habitual el _____

Firma del médico Fecha

Nombre del médico (en letra de imprenta) Título Número de teléfono

Dirección Ciudad Estado Código Postal