



NOT FOR DENTAL OR
WORK COMP CLAIMS

MEDICAL BENEFIT CLAIM FORM

PART I - EMPLOYER'S CERTIFICATION: I certify that the employee named below is eligible for benefits during the month of _____, 20____. Coverage does does not include dependents.

COMPANY NAME _____ CO. # _____

PART II - CLAIMANT'S STATEMENT - MUST BE COMPLETED IN DETAIL

1. EMPLOYEE'S NAME		2. DATE OF BIRTH		3. SOCIAL SECURITY NO.	
4. HOME ADDRESS TEL. NO. _____			5. CITY		6. STATE
7. ZIP CODE	8. EMPLOYER		9. LOCATION		10. OCCUPATION
11. DATE EMPLOYED	12. IF CLAIM FOR DEPENDENT, GIVE NAME		13. DATE OF BIRTH		14. RELATIONSHIP TO YOU
15. IF DEPENDENT IS A FULL-TIME STUDENT, 19 YEARS OF AGE OR OLDER, GIVE NAME AND ADDRESS OF SCHOOL					16. NO. OF UNITS TAKEN
17. IS THIS CLAIMS FOR AN ACCIDENTAL INJURY? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		18. WHERE DID ACCIDENT HAPPEN? HOME <input type="checkbox"/> WORK <input type="checkbox"/> OTHER: _____			
IF YES, WAS ACCIDENT RELATED TO YOUR WORK? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		DESCRIBE ACCIDENT BRIEFLY:			
DATE OF ACCIDENT _____ TIME _____					

19. (A) ARE YOU OR ANY MEMBER OF YOUR FAMILY COVERED UNDER MEDICARE? YES NO

(B) ARE YOU OR ANY MEMBER OF YOUR FAMILY COVERED UNDER ANOTHER GROUP PLAN MEDICAL BENEFITS? YES NO

NAME, ADDRESS AND ZIP CODE OF EMPLOYER _____

NAME OF INSURED PERSON _____ SOCIAL SECURITY NO. _____ NAME, ADDRESS AND ZIP CODE OF OTHER INSURANCE COMPANY - GROUP NO. _____

ASSIGNMENT OF BENEFITS

20. I hereby authorize the Benefits Administrator to make payments direct to any doctor, hospital or other, of any benefits due me under my group plan.

Employee's or Authorized Person's Signature _____

Date _____

PART III - PHYSICIAN'S INFORMATION

21. PATIENT'S NAME AND AGE _____

22. DATE OF ONSET * ILLNESS (FIRST SYMPTOM) OR INJURY (ACCIDENT) OR PREGNANCY (LMP)		23. DATE FIRST CONSULTED YOU FOR THIS CONDITION:		24. HAS PATIENT EVER BEEN TREATED FOR SAME OR SIMILAR SYMPTOMS? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
25. NAME AND ADDRESS OF REFERRING PHYSICIAN			26. IS ILLNESS OR INJURY WORK RELATED? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

27. DIAGNOSIS OR NATURE OF ILLNESS OR INJURY

1	3
2	4

28. DATE OF SERVICE	29. DIAGNOSIS TREATED**	30. PROCEDURE CODE	31. PROCEDURE DESCRIPTION	32. CHARGES	33. PAID	34. BALANCE DUE

**You May Attach Itemized Medical Bills To This Form -
Standard Medical Forms Showing Diagnosis, Etc., Are Accepted**

TOTAL CHARGES	TOTAL PAID	TOTAL BALANCE
---------------	------------	---------------

35. PHYSICIAN'S SIGNATURE SIGNED _____		36. IRS OR SS. NO. _____	37. PHYSICIAN'S NAME, ADDRESS, ZIP CODE, TELEPHONE NO. (TYPE OR PRINT)			
---	--	--------------------------	--	--	--	--

AUTHORIZATION TO RELEASE MEDICAL INFORMATION

I hereby authorize you to disclose to the Benefits Administrator information regarding my present illness or injury. This information is to assist the claims examiner in evaluating this claim. This authorization shall remain valid for a period of two and one-half years from date shown below. I understand that I have the right to receive from the Administrator a true copy of this authorization which I have signed/ I photostatic copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

Patient's or Authorized Person's Signature _____

Date _____

MAIL CLAIMS TO : UABT CLAIMS • 54 Corporate Park • Irvine, CA 92606-5105 • (800) 223-4590



NO PARA DENTISTA NI
RECLAMOS DE TRABAJO

RECLAMO DE BENEFICIOS MEDICO

PARTO I - CERTIFICACION DE EMPLEO: Yo certifico que el empleado mencionado el eligible para beneficios en el mes de _____ 20_____. Tiene cobertura de dependientes: SI NO

NOMBRE DE LA COMPANIA _____ CO. # _____

PARTO II - DECLARACION DEL DEMANDANTE - DEBERA SER ACOMPLETADA EN DELLATE

1. NOMBRE DEL EMPLEADO		2.FECHA DE NACIMIENTO		3. NO. DE IDENTIFICACION	
4. DOMICILIO		5. CIUDAD		6. ESTADO	
		NO. DE TEL.		7. ZIP	
8. NOME DE LA COMPANIA		9. DIRECCION		10. OFICIO	
				11. FECHA DE EMPLEO	
12. SI ESTE DEMANDA ES PARA UN DEPENDIENTE, SU NOMBRE:		13.FECH DE NACIMIENTO		14. PARENTEZCO	
15. SI EL DEPENDIENTE ED ESTUDIANTE, DE JORNADA COMPLETA, TIENE 19 ANOS DE EDAD, O MAS, INDIQUE ELL NOMBRE Y DIRECCION DE LA ESCUELA:				16.NO. DE UNIDADES TOMADAS	
17.ES ESTA DEMANDA DEBIDO A IN ACCIDENTE? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		18. DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE? CASA <input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> OTRO: _____			
FUE EL ACCIDENTE EN EL TRABAJO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		DESCRIBE EL ACCIDENTE:			
FECHA DEL ACCIDENTE _____ HORA _____					

19. (A) ESTA UD O CUALQUIER OTRO MIEMBRO DE SU FAMILIA CUBIERTO POR MEDICARE? SI NO

(B) POR OTRO PLAN DE SEGURO DE BENEFICIOS MEDICOS? SI NO

NOMBRE Y DIRECCION DE OTRO PATRON _____

NOMBRE DEL ASEGURADO _____ NO. DE IDENTIFICACION _____ NOMBRE Y DIRECCION DE LA OTRA CIA. ASEGURADORA - NO. DEL GRUPO _____

ASSIGNMENT OF BENEFITS

20. Por medio del presente otorizo a el Administrator de Beneficios, hacer pagos directamente a cualquier doctor, hospital u otra entidad por beneficios que s me deben bajo el plan de seguro colectivo.

Firma del Empleado de Una Persona Autorizada _____

Fecha _____

PARTO III - INFORMACION DEL MEDICO

21. NOMBRE Y EDAD DEL PACIENTE		23. FECHA EN QUE UD FUE CONSULTADO PARA TRATAR ESTA CONDICION:		24. HA SIDO TRATADO EL PACIENTE POR SINTOMAS PARECIDOS O IGUALES? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
22. FECHAS DE ENFERMEDAD (PRIMER SINTOMA) O * LESION (ACCIDENTE) O EMBARAZO (UMP)					
25. NOMBRE Y DIRECCION DEL MEDICO QUE REFIRIO EL PACIENTE			26. ESTA RELACIONADA ESTA CONDICION AL TRABAJO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

27. DIAGNOSTICOS O TIPO DE ENFERMEDAD O LESION**

1 _____ 3 _____
2 _____ 4 _____

28.FECHA DE SERVICIO	29. DIAGNOSIS TRATADA	30. CODIGO DE PROCEDIMIENTO	31.DESCRIPCION DE PROCIDIMIENTO	32. COSTO	33. PAGADO	34. SALDO
Favor De Juntar Las Cuentas A Esta Forma - Tambien Se Aceptan Formas Medicas Indicando el Diagnostico				COSTO TOTAL	TOTAL PAGADO	SALDO
35. FIRMA DEL MEDICO		36. NO. DE IRS		37. NOMBRE, DIRECCION Y NUMERO DE TELEFONO DEL MEDICO		
FIRMA						

Le autorizo a usted por la presente para revelar al Administrador de Beneficios informacion acerca de mi lesion or enfermedad actual. Esta informacion es para ayudar al ajustador de demandas a evaluar esta demanda. Esta autorizacion continuara siendo valida por un periodo de dos anos y medio a partir de la fecha mencionada abajo. Entiendo que tengo el derecho de recibir de Administrador una copia autentica de esta autorizacion que yo he firmado. Una copia fotostatica d esta autorizacion se considerara tan efectiva y valida como la original.

Firma del paciente o persona autorizada _____

Fecha _____

ENVIAR A: UABT CLAIMS • 54 Corporate Park • Irvine, CA 92606-5105 • (800) 223-4590