

Utah Transit Authority

Información sobre protección contra lesiones personales

Revisado

11/2016

Es posible que los pasajeros de autobuses de UTA o los peatones heridos por autobuses tengan derecho a beneficios de Protección contra lesiones personales. Para reclamar cualquiera de estos beneficios, deberá completar los formularios "Reclamación de beneficios - Protección contra lesiones personales" y "Autorización para la divulgación de registros médicos" y devolverlos con la información necesaria para verificar su reclamación de beneficios.

Beneficios de pago de gastos médicos

Gastos médicos razonables y necesarios de hasta \$3,000.

Para reclamar los beneficios de pago de gastos médicos, UTA exige:

- ▶ RECLAMACIÓN DE BENEFICIOS - PROTECCIÓN CONTRA LESIONES PERSONALES completa
- ▶ Facturas detalladas de sus proveedores médicos junto con notas de tratamiento de respaldo para cada fecha de servicio.
- ▶ Formulario de elegibilidad para Medicare completo.
- ▶ Debe firmarse la Autorización para la divulgación de registros médicos adjunta [UTA puede requerir información directamente del proveedor antes de pagar las facturas presentadas].

Beneficios por pérdida de trabajo

Pérdida de ingresos brutos y de la capacidad de ganancia por incapacidad laboral durante un máximo de 52 semanas tras la pérdida. No es necesario abonar este beneficio durante los tres primeros días de discapacidad, a menos que la discapacidad se prolongue durante más de dos semanas consecutivas tras la fecha de la lesión. El importe máximo que debe abonarse es el 85 % de la pérdida de ingresos brutos o de la capacidad de ganancia, sin superar los \$250 semanales.

Para reclamar los beneficios por pérdida de salario, UTA exige:

- ▶ Verificación escrita de su empleador de su sueldo o salario y del promedio de horas que trabaja a la semana.
- ▶ Descripción escrita de su empleador de los requisitos físicos de su trabajo.
- ▶ Verificación escrita de su empleador de las fechas en las que se ausentó del trabajo desde el accidente.
- ▶ Una autorización escrita de su médico tratante, indicando las fechas en las que no podrá trabajar, y la fecha en la que podrá reincorporarse al trabajo.
- ▶ Una descripción escrita redactada por su médico tratante de las restricciones físicas que tiene debido a su lesión.

Daños especiales

Una asignación por servicios efectivamente prestados o gastos razonablemente incurridos por servicios que, de no ser por la lesión, la persona con lesiones médicas que califican habría realizado para su hogar. No es necesario abonar este beneficio durante los tres primeros días tras la fecha de la lesión, a menos que la incapacidad de la persona para realizar estos servicios se prolongue durante más de dos semanas consecutivas. Esta asignación no puede superar los \$20/día durante un máximo de 365 días.

Para solicitar la asignación por daños especiales, UTA exige:

- ▶ Una autorización por escrito de su médico tratante indicando las fechas en las que no podrá trabajar y cuándo se espera que se reincorpore al trabajo.
- ▶ Una descripción escrita de su médico tratante de las restricciones físicas que tiene debido a su lesión.
- ▶ Declaraciones juradas firmadas por quienes realizaron los servicios que usted no pudo realizar debido a las restricciones de sus actividades, indicando qué servicios se realizaron, cuándo se realizaron, con qué frecuencia, cuánto se les pagó por sus servicios y que estos no eran servicios que ellos proporcionaban antes de la fecha de la pérdida.

Otros beneficios

Gastos funerarios no superiores a \$1,500, y \$3,000 para los herederos supervivientes.

Para solicitar otros beneficios, UTA exige:

- ▶ Una factura detallada de los gastos funerarios.
- ▶ Una copia certificada del certificado de defunción.
- ▶ Licencia de matrimonio del cónyuge o certificado de nacimiento o documentos de adopción de los hijos.

Tenga en cuenta lo siguiente: las listas de requisitos anteriores pretenden ayudarle a proporcionar la información adecuada para presentar una reclamación. Es posible que, al revisar los documentos que nos envíe, UTA requiera información adicional. Puede descargar los formularios para su reclamación de Protección contra daños personales (PIP) desde la página web de UTA, rideuta.com/claims. Asegúrese de firmar y devolver los formularios lo antes posible.

Conserve esta carta para futuras consultas y llame a la Oficina del Asesor General de UTA - Unidad de Reclamaciones al (801) 287-4616, si tiene alguna pregunta.

RECLAMACIÓN DE BENEFICIOS - PROTECCIÓN CONTRA DAÑOS PERSONALES

Utah Transit Authority

669 West 200 South
Salt Lake City, UT 84101

PARA QUE PODAMOS DETERMINAR SI USTED TIENE DERECHO A RECIBIR LOS BENEFICIOS EN VIRTUD DE LA LEGISLACIÓN SOBRE PROTECCIÓN CONTRA LESIONES PERSONALES DE UTAH, LE PEDIMOS QUE COMPLETE ESTE FORMULARIO Y LO DEVUELVA LO ANTES POSIBLE. EL PAGO DE BENEFICIOS NO ES UNA ADMISIÓN DE RESPONSABILIDAD POR SUS LESIONES.

IMPORTANTE:

1. Para tener derecho a los beneficios, debe completar y firmar esta reclamación.
2. También debe firmar los formularios/autorizaciones aplicables que figuran a continuación.

Su nombre:		Teléfono particular		Teléfono laboral	
Su dirección:		Fecha de nacimiento: / /		Número de la Seguro Social	
Fecha y hora del accidente / / a. m. o p. m.		Lugar del accidente:			
Breve descripción del accidente (adjunte una hoja aparte si es necesario):					
Describa su lesión (adjunte una hoja aparte si es necesario):					
¿Le trató un médico? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nombre y dirección del médico:			
Si fue tratado en un hospital Paciente hospitalizado <input type="checkbox"/> Paciente ambulatorio <input type="checkbox"/>		Nombre y dirección del hospital:			
¿Perdió sueldo o salario debido a su lesión? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		En caso afirmativo, indique el importe perdido hasta la fecha: \$	¿Cuál es su sueldo o salario semanal promedio? \$	¿Tiene derecho a beneficios por accidentes de trabajo o a beneficios de otro plan dispuesto por la ley? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Indique los nombres y direcciones de su empleador y de otros empleadores durante un año antes de la fecha del accidente.					
Nombre y dirección del empleador:		Ocupación:	Desde	Hasta:	
Nombre y dirección del empleador:		Ocupación:	Desde	Hasta:	
Nombre y dirección del empleador:		Ocupación:	Desde	Hasta:	
Su firma: (Padre, madre o tutor si es menor de edad)		Fecha:			

AUTORIZACIÓN PARA FACILITAR INFORMACIÓN

Autorizo a cualquier empleador, aseguradora u otra persona o entidad a la que se entregue una copia firmada o fotocopiada de esta autorización a proporcionar toda la información, informes o copias de registros (ya sean generados por usted o que usted haya adquirido de otros) que Utah Transit Authority o sus representantes soliciten.

También autorizo específicamente a Utah Transit Authority a obtener copias de toda la documentación salarial, de indemnizaciones por accidentes de trabajo u otra documentación de cualquier archivo de la compañía de seguros que pueda estar contenida en él.

Renuncio a cualquier privilegio que pueda tener contra la divulgación de estos registros a Utah Transit Authority.

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA

FIRMA (Padre, madre o tutor si es menor de edad)

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

FECHA

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: LOS FORMULARIOS DE ELEGIBILIDAD PARA MEDICARE Y DE AUTORIZACIÓN MÉDICA (ADJUNTOS) DEBEN COMPLETARSE Y FIRMARSE PARA PODER TRAMITAR UNA RECLAMACIÓN.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Por la presente, autorizo y solicito que divulguen **todas las radiografías y registros médicos, incluidos los registros sobre drogas, alcohol y psiquiatría** que obren en su poder por el tratamiento que me han proporcionado durante los últimos diez (10) años.

Autorizo la divulgación de esta información a **UTAH TRANSIT AUTHORITY** o a su representante con el fin de verificar, evaluar y gestionar mi reclamación. Comprendo que, una vez divulgada la información conforme a esta autorización, es posible que ya no esté protegida por las leyes de privacidad médica y que esté sujeta a una nueva divulgación según sea necesario para procesar o dar curso a esta reclamación.

Me reservo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito a la Oficina del Asesor General de Utah Transit Authority y a sus instalaciones.

Entiendo que esta autorización expirará un año después de la fecha de mi firma en este formulario.

LAS FOTOCOPIAS DE ESTA AUTORIZACIÓN TIENEN LA MISMA VALIDEZ QUE EL DOCUMENTO ORIGINAL

Firma del paciente (padre o tutor si es menor de edad)

Fecha de firma

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Dirección

Ciudad/Estado/Código postal

Teléfono

N.º de Seguro Social

Fecha de nacimiento

****ESTO NO ES UN DESCARGO DE RESPONSABILIDAD POR LESIONES****

La omisión de esta información puede dar lugar a la denegación total o parcial de esta reclamación.

Envíe los registros por correo a:

**Office of General Counsel
Claims Unit
Utah Transit Authority
669 West 200 South
Salt Lake City, UT 84101**

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) son la agencia federal que supervisa el programa de Medicare. Muchos beneficiarios de Medicare tienen otro seguro además de sus beneficios de Medicare. A veces, Medicare debe pagar después que el otro seguro. Sin embargo, si el otro seguro retrasa el pago, Medicare puede realizar un "pago condicional" para no generar inconvenientes al beneficiario y cobrar después de que pague el otro seguro.

La sección 111 de la Ley de extensión de Medicare, Medicaid y SCHIP de 2007, MMSEA (*Medicare, Medicaid and SCHIP Extension Act of 2007*), una nueva ley federal que entró en vigor el 1 de enero de 2009, exige que las aseguradoras de responsabilidad civil (incluidas las autoaseguradoras), las aseguradoras con exención de culpabilidad (*no-fault*) y los planes de indemnización por accidentes de trabajo comuniquen información específica sobre los beneficiarios de Medicare que tienen otra cobertura de seguro. Esta información tiene como objetivo ayudar a los CMS y a otros planes de seguros a coordinar de manera adecuada el pago de los beneficios entre los planes para que sus reclamaciones se paguen en forma rápida y correcta.

Le pedimos que responda las siguientes preguntas para que podamos cumplir con esta ley.

Revise esta imagen de la tarjeta de Medicare para determinar si tiene o alguna vez ha tenido una tarjeta de Medicare similar.



Sección I

¿Está o alguna vez ha estado inscrito en la Parte A o B de Medicare?												<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No	
<i>En caso afirmativo, complete la siguiente información. En caso contrario, pase a la Sección II.</i>															
Nombre completo: <i>(Nombre en letra de imprenta exactamente como figura en su identificación del SS o Medicare si está disponible.)</i>															
Número de reclamación de Medicare:								Fecha de nacimiento (mes/día/año)		-		-			
Número de Seguro Social <i>(Si el número de reclamación de Medicare no está disponible):</i>								-		-		Género		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	

Sección II

Entiendo que la información requerida es para facilitar el acuerdo del seguro solicitado a fin de coordinar de manera precisa los beneficios con Medicare y cumplir con sus obligaciones de información obligatoria en virtud de la ley de Medicare.

Nombre del reclamante (en letra de imprenta)

Número de reclamación

Nombre de la persona que completa este formulario, si el reclamante no puede hacerlo (en letra de imprenta)

Firma de la persona que completa este formulario

Fecha

Si ha completado las Secciones I y II, deténgase aquí. Si se niega a facilitar la información solicitada en las Secciones I y II, pase a la Sección III.

Sección III

Nombre del reclamante (en letra de imprenta) Número de reclamación

Por la razón o razones indicadas a continuación, no he proporcionado la información solicitada. Entiendo que si soy beneficiario de Medicare y no facilito la información solicitada, es posible que no esté cumpliendo con mis obligaciones como beneficiario de ayudar a Medicare a coordinar los beneficios para pagar mis reclamaciones en forma correcta y oportuna.

Razón o razones de la negativa a facilitar la información solicitada:

Firma de la persona que completa este formulario

Fecha



Obtenga información sobre su carta en www.msprc.info

CONSENTIMIENTO DE DIVULGACIÓN

Por el presente, autorizo a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), sus agentes o contratistas a divulgar, mediante previa solicitud, la información relacionada con la lesión/enfermedad o con el acuerdo respecto a la fecha de la lesión a la(s) persona(s) o a la(s) empresa(s) indicadas a continuación:

MARQUE UNA O MÁS DE LAS SIGUIENTES OPCIONES:

- Abogado del demandante _____
(Nombre o firma)
- Compañía de seguros _____
(Nombre o empresa)
- Otros _____
(Explique) (Nombre o empresa)

¿Durante cuánto tiempo podemos divulgar la información? (Marque una opción)

En forma continua a partir del _____
día/mes/año

Por tiempo limitado, desde el _____ hasta el _____
día/mes/año día/mes/año

Solo una vez

Nombre del beneficiario (en letra de
imprenta)

Número de Medicare

Firma del beneficiario / reclamante

Fecha de firma

Fecha de la lesión

Si su apoderado (POA) o representante legal firma este formulario en su nombre, deberá enviarnos una copia de su poder o documentos de representación junto con este formulario.

Cumplimentación y firma de este formulario de consentimiento:

- Autoriza la divulgación de información a la persona arriba mencionada a petición suya. Esto significa que la información revelada a la persona indicada puede volver a ser revelada por ella y dejar de estar protegida por la ley.
- Permite la divulgación de reclamaciones de Medicare y otra información relacionada con su lesión/enfermedad.
- Solo tiene fines informativos y no afecta los beneficios a los que tiene derecho en virtud del Programa de Medicare.

Tiene derecho a revocar su autorización en cualquier momento por escrito, excepto en la medida en que CMS ya haya actuado basándose en su permiso. Para revocarla, envíe una solicitud por escrito a la dirección que se indica a continuación.

Contratista del pagador secundario de Medicare
Post Office Box 33828, Detroit, MI 48232-5828 Fax: (734) 957-0998