

Lamentamos que haya tenido un accidente.

Usted tendrá que proporcionar la información de su seguro de accidentes y de su seguro médico al hospital con el fin de facturar su reclamación (incluso si la otra parte es responsable).

Auto Utah - Estado *No-Fault* (sin culpa)

Debido a que Utah es un estado *no-fault*, se le facturarán los cargos primero a su aseguradora de automóviles. Después de que ésta liquide o deniegue el pago, se le facturará el saldo restante a su seguro médico o a la parte responsable.

Las preguntas sobre la facturación pueden

contestarse en:

Billing questions may be directed to
1-866-415-6556

El formulario completos pueden ser:

- Enviado por correo electrónico con la respuesta
- Devuelto a un área de registracion en el hospital
- Por fax al: 801-442-0181
- Llamadas a servicios de facturacion del hospital
1-866-415-6556
- Para introducir la información en línea, visite:
<http://Intermountainhealthcare.org/billing>

Escanear a
estar
conectado a
la página web

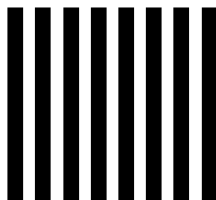


HOSPITAL BILLING SERVICES
MCKAY-DEE HOSPITAL
4401 HARRISON BLVD
OGDEN UT 84403-9901

BUSINESS REPLY MAIL
FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO 181 SALT LAKE CITY UT
POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE



NO POSTAGE
NECESSARY
IF MAILED
IN THE
UNITED STATES



Facturación de Accidentes



Intermountain
Healthcare

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Domicilio: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Tel. de casa: _____ Tel. de Trabajo: _____ Celular: _____

INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE

Accidente Automovilístico Compensación para Trabajadores Responsabilidad Civil/Propietarios Otro

Fecha del accidente (mm/dd/aaaa): ____/____/____

Ubicación (calle/intersección/ciudad/estado): _____

Aseguradora: _____ Nombre del titular de la póliza: _____

Oficina de reclamaciones/Dirección de facturación: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de póliza: _____ Número de reclamación: _____

Agente/Ajustador: _____ Número telefónico: _____

Dependencia policíaca: _____ Número de Informe de Accidente de la Policía _____

Si corresponde

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

Aseguradora de servicios médicos: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Número de póliza: _____

Nombre o número del grupo: _____

Dirección de facturación: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

INFORMACIÓN DE SERVICIOS JURÍDICOS (si corresponde):

Nombre: _____ Despacho: _____

Domicilio: _____ Número telefónico: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha del servicio: _____

Número de cuenta: _____

Nombre del centro médico: _____

Para ser llenado por un
empleado de Intermountain.

Usted indicó que su visita se debió a un accidente. Con el fin de facturar estos servicios, la oficina de pagos requiere que usted haga lo siguiente:

1. Reporte el incidente a su aseguradora contra accidentes o a la autoridad pertinente, y presente una reclamación.
2. Obtenga el nombre, número telefónico, número de reclamación y domicilio (o número de fax) a dónde enviar la reclamación.
 - Si su reclamación se enviará a una aseguradora de automóviles, usted debe llenar el formulario de límite de protección contra lesiones personales (PIP, por sus siglas en inglés) que le enviará la aseguradora y enviarlo de vuelta por correo. El pago por los servicios no se tramitará hasta que se llene ese formulario.
 - Si este accidente se facturará a Compensación para Trabajadores, asegúrese de haber presentado un formulario de Primer Informe de Lesión.

El pago por estos servicios seguirá siendo responsabilidad de usted. Una vez que se reciba la información adecuada de facturación, su reclamación se facturará a la agencia o aseguradora correspondiente.

Llame al 1-800-442-1128 si le interesa conocer las opciones de apoyo financiero disponibles para usted
<http://Intermountainhealthcare.org/billing>