

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

## **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.

## Non-Discrimination Statement and Foreign Language Access

We do not discriminate on the basis of race, color, national origin, disability, age, sex, gender identity, sexual orientation or health status in our health plans, when we enroll members or provide benefits.

If you or someone you're assisting is disabled and needs interpretation assistance, help is available at the contact number posted on our website or listed in the materials included with this notice.

Free language interpretation support is available for those who cannot read or speak English by calling one of the appropriate numbers listed below.

If you think we have not provided these services or have discriminated in any way, you can file a grievance online at [contact@hcrcompliance.com](mailto:contact@hcrcompliance.com) or by calling our Compliance area at 1-800-832-9686 or the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 1-800-368-1019 or 1-800-537-7697 (TDD).

---

Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de este plan de salud, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-844-396-0183. (Spanish)

---

如果您，或是您正在協助的對象，有關於本健康計畫方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話 [在此插入數字 1-844-396-0188]。 (Chinese)

---

Nếu quý vị, hoặc là người mà quý vị đang giúp đỡ, có những câu hỏi quan tâm về chương trình sức khỏe này, quý vị sẽ được giúp đỡ với các thông tin bằng ngôn ngữ của quý vị miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-844-389-4838 (Vietnamese)

---

이 건보함에 관하여 궁금한 사항 혹은 질문이 있으시면 1-844-396-0187 로 연락주십시오. 귀하의 비용 부담없이 한국어로 도와드립니다. PC 명조 (Korean)

---

Kung ikaw, o ang iyong tinutulongan, ay may mga katanungan tungkol sa planong pangkalusugang ito, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-844-389-4839 . (Tagalog)

---

Если у Вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу Вашего плана медицинского обслуживания, то Вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на русском языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону 1-844-389-4840. (Russian)

---

إن كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة بخصوص خطة الصحة هذه، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل ب 1-844-396-0189 (Arabic)

Si ou menm oswa yon moun w ap ede gen kesyon konsènan plan sante sa a, se dwa w pou resevwa asistans ak enfòmasyon nan lang ou pale a, san ou pa gen pou peye pou sa. Pou pale avèk yon entèprèt, rele nan 1-844-398-6232. (French/Haitian Creole)

---

Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, a des questions à propos de ce plan médical, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 1-844-396-0190. (French)

---

Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie pytania odnośnie planu ubezpieczenia zdrowotnego, masz prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer 1-844-396-0186. (Polish)

---

Se você, ou alguém a quem você está ajudando, tem perguntas sobre este plano de saúde, você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem custos. Para falar com um intérprete, ligue para 1-844-396-0182. (Portuguese)

---

Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande su questo piano sanitario, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare 1-844-396-0184. (Italian)

---

あなた、またはあなたがお世話をされている方が、この健康保険についてご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入手したりすることができます。料金はかかりません。通訳とお話される場合、1-844-396-0185 までお電話ください。 (Japanese)

---

Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu diesem Krankenversicherungsplan haben bzw. hat, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-844-396-0191 an. (German)

---

اگر شما یا فردی که به او کمک می کنید سؤالاتی در باره ی این برنامه ی بهداشتی داشته باشید، حق این را دارید که کمک و اطلاعات به زبان خود را به طور رایگان دریافت کنید. برای صحبت کردن با مترجم، لطفاً با شماره ی 1-844-398-6233 تماس حاصل نمایید. (Persian-Farsi)

---