

**Envíe los formularios completados a:**  
 Department of Labor and Industries  
 PO Box 44269  
 Olympia WA 98504-4269



# DECLARACIÓN PARA SERVICIOS MISCELÁNEOS

Instrucciones en la página siguiente

**Tipo de servicio:**

- Servicio dental   
  Lentes   
  Atención médica a domicilio /hogar   
  Equipo médico/ Prótesis - Órtesis de convalecencia  
 Transporte   
  Vocacional/Capacitación   
  Otro:

**Información del trabajador (Por favor use letra imprenta)**

Nombre (apellido, primer nombre, inicial)		Nro. de reclamo
Dirección residencial (no un apartado postal)		Fecha de lesión
# del apartamento	Nro. de Seguro Social (para identificación solamente)	
Ciudad	Estado	Código Postal
		Nro. de teléfono

**Información del proveedor (Por favor use letra imprenta)**

Nombre del proveedor		Número de proveedor de L&I/ Número de Identificación Nacional del Proveedor (NPI, por su sigla en inglés)
Dirección		Número de cuenta de su paciente
Ciudad	Estado	Código Postal
		Nro. de teléfono
Nombre del doctor que refiere al paciente u otra fuente de referencia	Número del proveedor que está refiriendo al paciente/NPI	Identificación de la referencia a otro médico

**Información de facturación**

¿Es esta factura para reembolsar al trabajador lesionado? <input type="checkbox"/> Sí (se requiere el recibo y la firma) <input type="checkbox"/> No
Para lentes, ¿está disponible la receta anterior? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Para servicios de un paciente hospitalizado: Fecha de admisión: _____ Fecha en que se dio de alta: _____

	Desde fecha de servicio	Hasta fecha de servicio	Lugar de servicio	Código de procedimiento	Mod (ver atrás)	Mod (ver atrás)	Diagnóstico	Describa los procedimientos, servicios médicos o suministros proporcionados	Dental # del diente	Cuidado de enfermería a domicilio		Cargos	Unidades
										Nro. de horas /día(s)	Tarifa diaria por hora		
1													
2													
3													
4													
												Costo total	
												\$	

**Firma del trabajador:**

Estos gastos están relacionados con mi reclamo de compensación para los trabajadores y no he sido reembolsado por ellos. Entiendo que es un crimen someter información que sé es falsa.

**Firma del proveedor:**

Certifico que la información en la factura es correcta y verdadera. No he sido reembolsado por ninguna parte de esta factura.

\_\_\_\_\_  
Firma (Requerida para reembolso al trabajador)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

# INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA DECLARACIÓN PARA SERVICIOS MISCELÁNEOS

## Tipo de servicio:

Marque la casilla apropiada para el tipo de servicio por el que está facturando. Si su tipo de servicio no está indicado, marque la casilla que dice "Otro" e indique el tipo de servicio que proporcionó.

## Información del trabajador:

Número del reclamo	Indique el número de reclamo del trabajador.
Nombre	Escriba el nombre legal del trabajador en el formato, apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre.
Fecha de la lesión	Fecha de la lesión.
Dirección residencial	Indique la dirección actual donde vive el trabajador.
Número de Seguro Social	Escriba el Número de Seguro Social del trabajador. Usado para verificar el número de reclamo solamente.
Número de teléfono	Escriba el número de teléfono del trabajador.

## Información del proveedor:

Número de proveedor de L&I/NPI	Indique el número de proveedor de L&I o el Número de Identificación Nacional del Proveedor (NPI, por su sigla en inglés).
Nombre del proveedor	Escriba el nombre del proveedor como está registrado con L&I.
Dirección del proveedor	Escriba la dirección donde atiende el proveedor.
Número de cuenta de su paciente	Escriba el número que usted usa para identificar la cuenta de su paciente. Este campo es opcional y no es utilizado por L&I.
Identificación del empleador	Escriba el Número de Identificación del Empleador (EIN, por su sigla en inglés) del proveedor de facturación. Este debe coincidir con el número EIN en el archivo de la agencia.
Número de teléfono	Indique el número de teléfono donde la agencia puede llamar si tiene preguntas sobre su factura.
Nombre del médico que lo está refiriendo u otra fuente de referencia	Escriba el nombre del médico que lo está refiriendo u otra fuente para los servicios proporcionados.
Número del proveedor que lo está refiriendo/NPI	Escriba el número de proveedor de L&I o el NPI del proveedor que lo está refiriendo.
Identificación de referencia	Escriba el número de identificación de la referencia.

## Información sobre la factura:

¿Es esta factura para reembolsar al trabajador lesionado?	Marque la casilla apropiada. Si esta factura es para reembolsar al trabajador, se requieren los recibos. Envíe copias de sus recibos. Los recibos deben ser detallados y estar legibles. No se aceptan copias de recibos de tarjetas de crédito.
Para lentes, ¿está disponible la receta anterior?	Marque la casilla apropiada.
Para servicios de hospitalización	Escriba la fecha de admisión y la fecha en que se le dio de alta en el formato de mes/día/año.

Use una línea para cada servicio proporcionado. Complete cada área pertinente para cada servicio.

Desde la fecha de servicio	Fecha en que comienza el servicio.
Hasta la fecha de servicio	Fecha en que finaliza el servicio.
Lugar del servicio (POS, por su sigla en inglés)	Lugar del servicio. Vea la lista abajo para el código apropiado de dos dígitos.
Código de procedimiento	Código de procedimiento.
Mod	Modificador del código cuando se aplique.
Diagnóstico	Código de diagnóstico. Escriba el código de diagnóstico principal para cada servicio.
Descripción	Indique una descripción breve de los servicios proporcionados.
Servicio dental - Número del diente	Número del diente para los que se proporcionaron servicios dentales.
Cuidado de enfermería a domicilio	Escriba el número de horas que está facturando. Escriba la tarifa de sus servicios por hora o por día.
Cargos	Escriba el cargo por cada servicio proporcionado.
Unidades	Escriba el número de unidades por servicio.

## Lugar de los códigos de servicio

03. Escuela	16. Alojamiento temporal	34. Centro de cuidados paliativos/clínica para enfermos desahuciados	56. Centro de tratamiento residencial siquiátrico
04. Refugio para personas sin viviendas	17. Centros de salud sin cita previa que operan bajo el mismo techo de las tiendas o negocios grandes	41. Ambulancia – por tierra	57. Centro no residencial para el tratamiento de abuso/consumo de sustancias ilícitas
05. Centro independiente de servicio de salud para indígenas	20. Centro de cuidado urgente	42. Ambulancia – aérea o acuática	60. Centro dedicado a las inmunizaciones
06. Centro de proveedores de servicios de salud para indígenas	21. Hospital - Paciente hospitalizado	49. Clínicas independientes de rehabilitación	61. Centro de rehabilitación con hospitalización
07. Indígena 638 centro independiente	22. Hospital - Paciente no hospitalizado	50. Centro de salud que reúne los requisitos federales	62. Centro de atención comprensiva para pacientes no hospitalizados
08. Indígena 638 centro de proveedores	23. Hospital - Sala de emergencia	51. Centro de hospitalización psiquiátrico	65. Centro de tratamiento para la etapa final de la enfermedad renal
09. Centro penitenciario	24. Centro quirúrgico ambulatorio	52. Centro de atención psiquiátrica con hospitalización parcial	71. Clínica de salud pública local o del estado
11. Oficina	25. Centro de nacimientos/partos	53. Centro de salud mental para la comunidad	72. Clínica rural de salud
12. Hogar del paciente	26. Centro de tratamiento militar	54. Centro de cuidado intermedio/discapacidades cognitivas	81. Laboratorio independiente
14. Casa hogar	31. Centro de cuidados de enfermería especializados	55. Centro residencial para el tratamiento por el abuso /consumo de sustancias ilícitas	99. Otros centros no indicados
15. Unidad móvil	32. Centro de enfermería		
	33. Cuidado de la salud en el hogar con apoyo médico		