

FORMULARIO DE RECLAMO DEL SEGURO ESCOLAR
EL FORMULARIO DE RECLAMO Y AVISO DE HERIDAS TIENE QUE SER ENVIADO A:

KidGuard Insurance, P.O. Box 784268, Winter Garden, FL 34778-4268

La compañía aseguradora suscriptora es Everest Reinsurance, Wilmington, DE.

PADRES: Las limitaciones y exclusiones de la póliza están al reverso del folleto que usted lleva a casa. La póliza no paga el 100% de los gastos médicos. Es secundario/sobrante a cualquier seguro primario. Debe presentar el reclamo con su seguro primario primero. Se requiere que un oficial de la escuela llene la PARTE B, si la herida es relacionada con la escuela. Este formulario no será tramitado o procesado a menos que todas las preguntas sean contestadas y todas las firmas sean colocadas debidamente. Es el deber del reclamante (padre / guardián) de proporcionar a la compañía con todos los recibos, facturas detalladas, explicación de beneficios del seguro primario y este reclamo. Visite www.kidguardinsurance.com para más información relacionada a cómo hacer un reclamo y donde obtener asistencia médica. ESTE FORMULARIO DE RECLAMO DEBE SER PRESENTADO DENTRO DE LOS 90 DIAS POSTERIORES AL ACCIDENTE. La póliza permite el envío de facturas hasta un año a partir de la fecha del accidente. No deje este formulario con su médico u hospital. Es responsabilidad del padre/guardián preguntar a los proveedores cuál balance usted esta requerido pagar, si hay algún balance.

PARTA A: PADRE O GUARDIAN DEBE LLENAR Y FIRMAR ESTA PARTE. (Imprima sus respuestas por favor)

1.Nombre de la Escuela:	Condado/Distrito Escolar:	Grado:
2. Apellido del Estudiante:	Nombre:	Inicial:
3. Dirección del Padre:	Ciudad:	Estado: Código Postal:
4. Teléfono del Hogar () -	Fecha de Nacimiento	/ /

5) NO PODEMOS PROCESAR SU RECLAMO A MENOS QUE NOS PROPORCIONE UNA DESCRIPCION DETALLADA DEL ACCIDENTE QUE CAUSO LA HERIDA. (Utilice el reverso de este formulario si necesita más espacio.)

6. Fecha de la herida: Mes ____ Dia ____ Año ____ Hora ____ AM o PM Lugar del accidente: _____

7. Parte del cuerpo que fue herido/lesionado (brazo, rodilla, cabeza, etc): _____ DERECHO IZQUIERDO

8. El nombre de cualquier otro seguro que puede proporcionar los beneficios para esta herida. (Si ninguno, indique ninguno. **No deje esta línea en Blanco**). Otros seguros incluyen pero, no están limitados a los siguientes: HMO's, PPO's, BC/BS, United, Beneficios de Empleadores, ERISA, Medicaid, Welfare, Tri-care, etc. Por favor conteste las siguientes preguntas para acelerar nuestro procesamiento: ¿Cuál es su deducible o su pago fijo (si cualquiera)? \$ _____. ¿Qué porcentaje paga su otro seguro después de que el deducible haya sido satisfecho? \$ _____. (ponga el porcentaje). **Si tiene un plan de Medicaid, por favor mande copia del frente y reverso de la tarjeta del seguro junto con este formulario.**

9. Dirección de la oficina de reclamos de la compañía de seguros en la línea 8: _____

10. Nombre de la madre y Empleador: _____ Ocupación: _____
Dirección del Empleador de la madre: _____ Número de teléfono: _____

11. Nombre del padre y Empleador: _____ Ocupación: _____
Dirección del Empleador del padre: _____ Número de teléfono: _____

***Las respuestas antedichas son verdaderas y correctas. Autorizo por este medio a cualquier persona o institución enviar cualquier información pedida por la compañía de seguros o su agente, incluyendo la historia y examen físico, el diagnóstico u otra información médica o del seguro. Una copia estática de la foto de esta autorización será considerada como eficaz y válido como la original. **LEY ESTATAL:** "Cualquier persona que con conocimiento y con el intento a dañar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, introduce una declaración de demanda que contiene información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un crimen de tercer grado." Por favor consulte las declaraciones de fraude específicas a su estado a continuación.

12. FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN: _____ FECHA: ____ / ____ / ____ IMPRIMA SU NOMBRE: _____

PARTA B: ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA Y FIRMADA POR UN OFICIAL DE LA ESCUELA PARA TODAS LAS LESIONES RELACIONADAS CON LOS DEPORTES ESCOLARES. DEBE COMPLETARSE PARA TODAS LAS DEMAS LESIONES RELACIONADAS CON LA ESCUELA, A MENOS QUE EL ESTUDIANTE HAYA COMPRADO EL PLAN DE 24 HORAS.

PART B -MUST BE FILLED OUT BY SCHOOL OFFICIAL FOR ALL SCHOOL RELATED INJURIES

1. WE CANNOT PROCESS THIS CLAIM UNLESS YOU GIVE US A DETAILED DESCRIPTION OF HOW THE ACCIDENT OCURRED THAT CAUSED THE INJURY. (Use back of this form if more space is needed.)

2. Injury Date: Month ____ Day ____ Year ____ Time ____ AM or PM Part of body injured (include whether right or left) _____

3. At the time of the accident was the student involved in a school sponsored and supervised activity? YES NO
Please select or list the interscholastic sport or activity the student was participating in. Circle One.
P. E Class – Football Game – Football Practice – Soccer – Volleyball – Baseball – Softball – Track – Wrestling – Flag Football – Competitive Cheerleading
Rugby – Lacrosse – Sideline Cheerleading – Basketball OTHER LIST _____

4. What date has the Athlete returned to play? _____ Under whose supervision (witness)? _____

5. Print Name/Title of School Official _____ School phone Number: _____

6. Signature of School Official _____ (Only if injury is School Related) Date of this report: ____ / ____ / ____

Por favor envíe este formulario a KidGuard Insurance para hacer un reclamo. Please mail this form directly to KidGuard Insurance in order to establish a claim.

CF-GEN 08/16 SPANISH

Por favor NO DEJE ESTE FORMULARIO en el consultorio medico u hospital. Envíe el formulario a KidGuard Insurance después de completarlo.

PARTE C: DECLARACION DEL MEDICO O DENTISTA (*Attending physician or dentist statement*). Se requieren facturas detalladas para determinar la elegibilidad de un reclamo. **Si el proveedor nos va a facturar directamente, NO es necesario que complete la PARTE C.** *Itemized bills are required to determine the eligibility of a claim. If the provider is going to bill us directly you do NOT need to have PART C completed.*

1. Diagnosis and Concurrent conditions. Explain any complications: _____
2. Date you first treated the sickness or injury ____/____/____ Dates of subsequent treatment: _____
3. When did the symptoms first appear? Date: _____
4. Were your services necessary solely because of the incident described in Part A (front)? YES NO Is treatment completed? YES NO
5. Did any previous injury, sickness or impairment contribute to this injury? YES NO If yes, explain details. _____

6. Did x-ray show fracture? YES NO If fracture or dislocation, state whether reduced or immobilized and what the procedure was?
_____ CPT / CRVS _____
7. Physician's Degree (M. D., etc.) _____ Print name of physician or dentist: _____
8. Federal Tax ID# (or Soc. Sec.#) _____ **(Benefits cannot be paid to you without this).**
9. Address of physician or dentist. STREET NUMBER _____
CITY _____ STATE _____ ZIP CODE _____ Signature of physician or dentist: _____

10. RECLAMOS DENTALES UNICAMENTE (FOR DENTAL CLAIMS ONLY):

Indicate which teeth were involved in the accident? _____

11. Describe condition of injured teeth prior to accident: **Circle Conditions:**

Filled – Capped – Artificial – Chipped – Broken – Crowned – Damaged – Abscessed – Otherwise Fitted- Whole, sound and natural – Other _____

POR FAVOR SIGA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES PARA HACER UN RECLAMO AL SEGURO

1. Primero debe presentar su reclamo con su otra compañía de seguros (Principal/Primaria). Otros seguros incluyen, pero no se limitan a: HMO, PPO, BC/BS, United, Beneficios de Empleadores, HSA o Tri-care. Esta es una cobertura secundaria y es posible que no pague el 100 % de los gastos médicos incurridos. Cuando su seguro primario haya procesado su reclamo, envíe por correo una copia de la explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) y las facturas detalladas a KidGuard Insurance. **No podemos aceptar un estado de cuenta, se requiere una factura detallada.**
Nota importante: no deje el formulario de reclamación en el hospital o en el consultorio médico. Los participantes pueden buscar tratamiento de cualquier proveedor de servicios con licencia. Es responsabilidad de los participantes averiguar en qué gastos de bolsillo podrían incurrir. **Por favor pregúntele a su proveedor de servicio si está en su red principal.** Visite www.kidguardinsurance.com para obtener información sobre proveedores.
2. **Se debe presentar el formulario de reclamo de seguro escolar completo dentro de los 90 días a partir de la fecha del accidente.** Si la condición está relacionada con la escuela o sucedió en la escuela, se debe completar la Parte B. Si la condición no ocurrió en la escuela, complete la Parte A y envíe el formulario por correo directamente a KidGuard Insurance. Para obtener información adicional, comuníquese con KidGuard Insurance al 1-800-432-6915.
3. La dirección postal del administrador del plan es: **KIDGUARD INSURANCE**
P. O Box 784268
Winter Garden, FL 34778-4268

Razones por las que se retrasa el procesamiento de las reclamaciones: 1. Formularios de reclamación no completados en su totalidad o no enviados. 2. El envío de los estados de cuenta de saldo adeudado o los estados de cuenta vencidos, en lugar de las facturas médicas detalladas correctas (UB04/92 o HCFA-1500), que son formularios estándar utilizados por proveedores de servicios o médicos. 3. La explicación de los beneficios de la aseguradora principal no se proporcionó con las facturas correctas.

Si no recibimos su respuesta dentro de 45 días, cerraremos nuestro archivo. Sin embargo, al recibir la información solicitada, reabriremos el expediente y procesaremos su reclamo de acuerdo con las disposiciones de la póliza.

KidGuard es una división de DOXA Programs, LLC, una sociedad de responsabilidad limitada de Indiana. Todas las actividades y servicios relacionados con reclamaciones son realizados y proporcionados por DOXA Claims, LLC, una sociedad de responsabilidad limitada de Florida con licencia como administrador de reclamaciones de seguros en todas las jurisdicciones donde se prestan servicios. Para obtener más información sobre DOXA Programs, LLC o DOXA Claims, LLC, visite nuestro sitio web: www.doxa.com/compliance.

ADDITIONAL COMMENTS (Comentarios Adicionales):

DECLARACIONES DE AVISO DE FRAUDE

AVISO A LOS APlicantes: "CUALQUIER PERSONA QUE A SABIENDAS Y CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR A CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGUROS U OTRA PERSONA PRESENTE UNA SOLICITUD DE SEGURO O UNA DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTENGA CUALQUIER INFORMACIÓN MATERIALMENTE FALSA, U OCULTE CON EL PROPÓSITO DE ENGAÑAR, INFORMACIÓN SOBRE CUALQUIER HECHO MATERIAL RELACIONADO, COMETE UN ACTO DE SEGURO FRAUDULENTO QUE ES UN DELITO Y PUEDE SOMETER A DICHA PERSONA A SANCIONES PENALES Y CIVILES."

SOLICITANTES RESIDENTES DE ARKANSAS: "CUALQUIER PERSONA QUE A SABIENDAS PRESENTE UN RECLAMO FALSO O FRAUDULENTO PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO O QUE A SABIENDAS PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE ESTAR SUJETO A MULTAS Y CONFINAMIENTO EN PRISIÓN."

SOLICITANTES RESIDENTES DE COLORADO: "ES ILEGAL PROPORCIONAR A SABIENDAS DATOS O INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS CON EL FIN DE DEFRAUDAR O INTENTAR DEFRAUDAR A LA COMPAÑÍA. LAS SANCIONES PUEDEN INCLUIR PRISIÓN, MULTAS, DENEGACIÓN DEL SEGURO E INDEMNIZACIÓN POR DAÑOS CIVILES. CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGUROS O AGENTE DE UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS QUE A SABIENDAS PROPORCIONE DATOS O INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA AL TITULAR DE LA PÓLIZA O AL RECLAMANTE CON RESPECTO A UN ACUERDO O INEMPLAZAMIENTO PAGADERO CON LOS INGRESOS DEL SEGURO DEBERÁ SER DENUNCIADO A LA DIVISIÓN DE SEGUROS DE COLORADO DENTRO DEL DEPARTAMENTO DE AGENCIAS REGULADORAS."

SOLICITANTES RESIDENTES DE FLORIDA: "CUALQUIER PERSONA QUE, A SABIENDAS Y CON LA INTENCIÓN DE DAÑAR, DEFRAUDAR O ENGAÑAR A CUALQUIER ASEURADORA, PRESENTE UNA DECLARACIÓN DE RECLAMO O UNA SOLICITUD QUE CONTENGA CUALQUIER INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA ES CULPABLE DE UN DELITO GRAVE DE TERCER GRADO."

SOLICITANTES RESIDENTES DE KANSAS: "CUALQUIER PERSONA QUE, A SABIENDAS Y CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR A CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGUROS U OTRA PERSONA, HAGA QUE SE PRESENTE O PREPARE CON CONOCIMIENTO O CREENCIA DE QUE SE PRESENTARÁ A/O POR UNA ASEURADORA, SUPUESTA ASEURADORA, CORREDOR O CUALQUIER AGENTE DE LA MISMA, CUALQUIER DECLARACIÓN ESCRITA COMO PARTE DE, O EN APOYO DE, UNA SOLICITUD PARA LA EMISIÓN O LA CALIFICACIÓN DE UNA PÓLIZA DE SEGURO, O UNA RECLAMACIÓN DE PAGO U OTRO BENEFICIO DE CONFORMIDAD CON UNA PÓLIZA DE SEGURO QUE DICHA PERSONA SABE QUE CONTIENE INFORMACIÓN MATERIALMENTE FALSA CON RESPECTO A CUALQUIER HECHO MATERIAL PARA ELLA, U OCULTE, CON EL PROPÓSITO DE ENGAÑAR, INFORMACIÓN CON RESPECTO A CUALQUIER HECHO MATERIAL PARA ELLA, COMETE UN ACTO DE SEGURO FRAUDULENTO QUE CONSTITUYE UN DELITO Y PUEDE SUJETAR A DICHA PERSONA A SANCIONES PENALES Y CIVILES."

SOLICITANTES RESIDENTES DE KENTUCKY: "CUALQUIER PERSONA QUE A SABIENDAS Y CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR A CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGUROS U OTRA PERSONA PRESENTE UNA SOLICITUD DE SEGURO QUE CONTENGA CUALQUIER INFORMACIÓN "MATERIALMENTE" FALSA, O QUE OCULTE CON EL PROPÓSITO DE ENGAÑAR, INFORMACIÓN SOBRE CUALQUIER HECHO MATERIAL RELACIONADO, COMETE UN ACTO DE SEGURO FRAUDULENTO, LO CUAL CONSTITUYE UN DELITO."

SOLICITANTES RESIDENTES DE OHIO: "CUALQUIER PERSONA QUE, CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR O SABIENDO QUE ESTÁ FACILITANDO UN FRAUDE CONTRA CUALQUIER ASEURADORA, PRESENTE UNA SOLICITUD O UN RECLAMO QUE CONTENGA UNA DECLARACIÓN FALSA O ENGAÑOSA ES CULPABLE DE UN ACTO DE FRAUDE DE SEGUROS."

SOLICITANTES RESIDENTES DE TENNESSEE: "ES UN DELITO PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS CON EL FIN DE DEFRAUDARLA. LAS SANCIONES INCLUYEN PRISIÓN, MULTAS Y DENEGACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO."

SOLICITANTES RESIDENTES DE VIRGINIA: "ES UN DELITO PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS CON EL FIN DE DEFRAUDARLA. LAS SANCIONES PUEDEN INCLUIR PRISIÓN, MULTAS Y DENEGACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO."

SAMPLE HCFA 1500

PLEASE DO NOT STAPLE THIS AREA

APPROVED CMR-0338-0008

MEDICARE		MEDICAID		CHAMPS		CHAMPA		GROUP		HEALTH PLAN		FEDERAL		CARRIER	
(Amendment A)		(Medicaid A)		(Champlis BSN)		(Champa F)		(Group C)		(Health Plan D)		(Federal E)		(Carrier F)	
2. PATIENT'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial)															
3. PATIENT'S ADDRESS (Line 1-4)															
4. CITY		STATE		ZIP CODE		TELEPHONE (Include Area Code)		5. PATIENT'S RELATIONSHIP TO INSURED		6. PATIENT STATUS		7. INSURED'S ADDRESS (Line 1-4)		8. PATIENT'S ADDRESS (Line 1-4)	
9. OTHER (Insured's Name) (Last Name, First Name, Middle Initial)								Employer <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>		Employee <input type="checkbox"/> Full-Time <input type="checkbox"/> Part-Time <input type="checkbox"/> Retired <input type="checkbox"/>		CITY		STATE	
10. OTHER (Insured's) POLICY OR GROUP NUMBER								11. EMPLOYMENT CURRENT OR PREVIOUS		12. OTHER ACCIDENTS		13. INSURED'S POLICY GROUP OR FECHA NUMBER		14. INSURED'S DATE OF BIRTH	
15. OTHER (Insured's) DATE OF BIRTH		MM : DD : YY						YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		16. INSURED'S DATE OF BIRTH		MM : DD : YY	
16. EMPLOYER'S NAME OR SCHOOL NAME								17. AUTO ACCIDENT		18. OTHER ACCIDENT		19. EMPLOYER'S NAME OR SCHOOL NAME		20. SEX	
21. INSURANCE PLAN NAME OR PROGRAM NAME								YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		21. INSURANCE PLAN NAME OR PROGRAM NAME		M ♂ F ♀	
READ BACK OF FORM BEFORE COMPLETING & SIGNING THIS FORM 12. PATIENT'S AUTHORIZED PERSONS: SIGNATURE INDICATES THE RECEIPT OF ANY MEDICAL/OTHER INFORMATION NECESSARY TO PROVIDE TREATMENT & THAT I HAVE READ AND UNDERSTOOD THE INFORMATION CONCERNING THE ATTACHED POLICY OR PROGRAM AS IT APPLIES TO MYSELF & TO THE PARTY WHO ASSUMES PAYMENT FOR SERVICES RENDERED.															
SIGNED _____ DATE _____															
14. DATE OF CURRENT TREATMENT OR ADMISSION (MM/DD/YY) 15. IF PATIENT HAS SAME OR SIMILAR MM/DD/YY GIVE FIRST DATE MM : DD : YY															
16. DATES OF TREATMENT FROM TO INSURED'S CURRENT OCCUPATION FROM : MM : DD : YY TO MM : DD : YY															
17. NAME OF REFERRING PHYSICIAN & NPI NUMBER OF REFERRING PHYSICIAN															
18. HOSPITALIZATION DATES RELATED TO CURRENT SERVICES FROM : MM : DD : YY TO MM : DD : YY															
19. RESERVED FOR LOCAL USE 20. OUTSIDE LAB & CHAMBERS YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>															
21. DIAGNOSIS OR NATURE OF ILLNESS OR INJURY (RELATE ITEMS 1.2.3 OR 4.5 TO ITEM 26 BY LINE) 22. CASE REASONABLE YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ORIGINAL REF NO															
23. PROCEDURE NUMBER															
24. A. DATES OF SERVICE B. C. PROCEDURES, CH. SUPPLIES PROCEDURES, CH. SUPPLIES C. MODIFIER MM DD YY MM DD YY MM DD YY MM DD YY MM DD YY 25. FEDERAL TAX ID NUMBER SIGN ON 26. PATIENT'S ACCOUNT NO. 27. ACCEPT AND PAY FOR TREATMENT YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 28. TOTAL CHARGE 29. AMOUNT PAID 30. BALANCE DUE \$ \$ \$ 31. SIGNATURE OF PHYSICIAN OR DENTIST 32. NAME AND ADDRESS OF FACILITY WHERE SERVICES WERE RENDERED (If other than home or office) 33. PHARMACIST'S, SUPPLIERS-BILLING NAME, ADDRESS, ZIP CODE & PHONE # 34. SIGNATURE 35. DATE															

UNAPPROVED BY MM COUNCIL ON MEDICAL SERVICE 5/98 PLEASE PRINT OR TYPE FORM HCFA-1500 (12-95) FORM PRB-1400 FORM CMOP-1400

SAMPLE UB-04

PATIENT INFORMATION		CARRIER INFORMATION	
1. PATIENT NAME		2. CARRIER NAME	
3. PATIENT ADDRESS		4. CARRIER ADDRESS	
5. PATIENT PHONE		6. CARRIER PHONE	
7. PATIENT SSN		8. CARRIER SSN	
9. PATIENT DOB		10. CARRIER DOB	
11. PATIENT GENDER		12. CARRIER GENDER	
13. PATIENT MARITAL STATUS		14. CARRIER MARITAL STATUS	
15. PATIENT SSN		16. CARRIER SSN	
17. PATIENT DOB		18. CARRIER DOB	
19. PATIENT GENDER		20. CARRIER GENDER	
21. PATIENT MARITAL STATUS		22. CARRIER MARITAL STATUS	
23. PATIENT SSN		24. CARRIER SSN	
25. PATIENT DOB		26. CARRIER DOB	
27. PATIENT GENDER		28. CARRIER GENDER	
29. PATIENT MARITAL STATUS		30. CARRIER MARITAL STATUS	
31. PATIENT SSN		32. CARRIER SSN	
33. PATIENT DOB		34. CARRIER DOB	
35. PATIENT GENDER		36. CARRIER GENDER	
37. PATIENT MARITAL STATUS		38. CARRIER MARITAL STATUS	
39. PATIENT SSN		40. CARRIER SSN	
41. PATIENT DOB		42. CARRIER DOB	
43. PATIENT GENDER		44. CARRIER GENDER	
45. PATIENT MARITAL STATUS		46. CARRIER MARITAL STATUS	
47. PATIENT SSN		48. CARRIER SSN	
49. PATIENT DOB		50. CARRIER DOB	
51. PATIENT GENDER		52. CARRIER GENDER	
53. PATIENT MARITAL STATUS		54. CARRIER MARITAL STATUS	
55. PATIENT SSN		56. CARRIER SSN	
57. PATIENT DOB		58. CARRIER DOB	
59. PATIENT GENDER		60. CARRIER GENDER	
61. PATIENT MARITAL STATUS		62. CARRIER MARITAL STATUS	
63. PATIENT SSN		64. CARRIER SSN	
65. PATIENT DOB		66. CARRIER DOB	
67. PATIENT GENDER		68. CARRIER GENDER	
69. PATIENT MARITAL STATUS		70. CARRIER MARITAL STATUS	
71. PATIENT SSN		72. CARRIER SSN	
73. PATIENT DOB		74. CARRIER DOB	
75. PATIENT GENDER		76. CARRIER GENDER	
77. PATIENT MARITAL STATUS		78. CARRIER MARITAL STATUS	
79. PATIENT SSN		80. CARRIER SSN	
81. PATIENT DOB		82. CARRIER DOB	
83. PATIENT GENDER		84. CARRIER GENDER	
85. PATIENT MARITAL STATUS		86. CARRIER MARITAL STATUS	
87. PATIENT SSN		88. CARRIER SSN	
89. PATIENT DOB		90. CARRIER DOB	
91. PATIENT GENDER		92. CARRIER GENDER	
93. PATIENT MARITAL STATUS		94. CARRIER MARITAL STATUS	
95. PATIENT SSN		96. CARRIER SSN	
97. PATIENT DOB		98. CARRIER DOB	
99. PATIENT GENDER		100. CARRIER GENDER	
101. PATIENT MARITAL STATUS		102. CARRIER MARITAL STATUS	
103. PATIENT SSN		104. CARRIER SSN	
105. PATIENT DOB		106. CARRIER DOB	
107. PATIENT GENDER		108. CARRIER GENDER	
109. PATIENT MARITAL STATUS		110. CARRIER MARITAL STATUS	
111. PATIENT SSN		112. CARRIER SSN	
113. PATIENT DOB		114. CARRIER DOB	
115. PATIENT GENDER		116. CARRIER GENDER	
117. PATIENT MARITAL STATUS		118. CARRIER MARITAL STATUS	
119. PATIENT SSN		120. CARRIER SSN	
121. PATIENT DOB		122. CARRIER DOB	
123. PATIENT GENDER		124. CARRIER GENDER	
125. PATIENT MARITAL STATUS		126. CARRIER MARITAL STATUS	
127. PATIENT SSN		128. CARRIER SSN	
129. PATIENT DOB		130. CARRIER DOB	
131. PATIENT GENDER		132. CARRIER GENDER	
133. PATIENT MARITAL STATUS		134. CARRIER MARITAL STATUS	
135. PATIENT SSN		136. CARRIER SSN	
137. PATIENT DOB		138. CARRIER DOB	
139. PATIENT GENDER		140. CARRIER GENDER	
141. PATIENT MARITAL STATUS		142. CARRIER MARITAL STATUS	
143. PATIENT SSN		144. CARRIER SSN	
145. PATIENT DOB		146. CARRIER DOB	
147. PATIENT GENDER		148. CARRIER GENDER	
149. PATIENT MARITAL STATUS		150. CARRIER MARITAL STATUS	
151. PATIENT SSN		152. CARRIER SSN	
153. PATIENT DOB		154. CARRIER DOB	
155. PATIENT GENDER		156. CARRIER GENDER	
157. PATIENT MARITAL STATUS		158. CARRIER MARITAL STATUS	
159. PATIENT SSN		160. CARRIER SSN	
161. PATIENT DOB		162. CARRIER DOB	
163. PATIENT GENDER		164. CARRIER GENDER	
165. PATIENT MARITAL STATUS		166. CARRIER MARITAL STATUS	
167. PATIENT SSN		168. CARRIER SSN	
169. PATIENT DOB		170. CARRIER DOB	
171. PATIENT GENDER		172. CARRIER GENDER	
173. PATIENT MARITAL STATUS		174. CARRIER MARITAL STATUS	
175. PATIENT SSN		176. CARRIER SSN	
177. PATIENT DOB		178. CARRIER DOB	
179. PATIENT GENDER		180. CARRIER GENDER	
181. PATIENT MARITAL STATUS		182. CARRIER MARITAL STATUS	
183. PATIENT SSN		184. CARRIER SSN	
185. PATIENT DOB		186. CARRIER DOB	
187. PATIENT GENDER		188. CARRIER GENDER	
189. PATIENT MARITAL STATUS		190. CARRIER MARITAL STATUS	
191. PATIENT SSN		192. CARRIER SSN	
193. PATIENT DOB		194. CARRIER DOB	
195. PATIENT GENDER		196. CARRIER GENDER	
197. PATIENT MARITAL STATUS		198. CARRIER MARITAL STATUS	
199. PATIENT SSN		200. CARRIER SSN	
201. PATIENT DOB		202. CARRIER DOB	
203. PATIENT GENDER		204. CARRIER GENDER	
205. PATIENT MARITAL STATUS		206. CARRIER MARITAL STATUS	
207. PATIENT SSN		208. CARRIER SSN	
209. PATIENT DOB		210. CARRIER DOB	
211. PATIENT GENDER		212. CARRIER GENDER	
213. PATIENT MARITAL STATUS		214. CARRIER MARITAL STATUS	
215. PATIENT SSN		216. CARRIER SSN	
217. PATIENT DOB		218. CARRIER DOB	
219. PATIENT GENDER		220. CARRIER GENDER	
221. PATIENT MARITAL STATUS		222. CARRIER MARITAL STATUS	
223. PATIENT SSN		224. CARRIER SSN	
225. PATIENT DOB		226. CARRIER DOB	
227. PATIENT GENDER		228. CARRIER GENDER	
229. PATIENT MARITAL STATUS		230. CARRIER MARITAL STATUS	
231. PATIENT SSN		232. CARRIER SSN	
233. PATIENT DOB		234. CARRIER DOB	
235. PATIENT GENDER		236. CARRIER GENDER	
237. PATIENT MARITAL STATUS		238. CARRIER MARITAL STATUS	
239. PATIENT SSN		240. CARRIER SSN	
241. PATIENT DOB		242. CARRIER DOB	
243. PATIENT GENDER		244. CARRIER GENDER	
245. PATIENT MARITAL STATUS		246. CARRIER MARITAL STATUS	
247. PATIENT SSN		248. CARRIER SSN	
249. PATIENT DOB		250. CARRIER DOB	
251. PATIENT GENDER		252. CARRIER GENDER	
253. PATIENT MARITAL STATUS		254. CARRIER MARITAL STATUS	
255. PATIENT SSN		256. CARRIER SSN	
257. PATIENT DOB		258. CARRIER DOB	
259. PATIENT GENDER		260. CARRIER GENDER	
261. PATIENT MARITAL STATUS		262. CARRIER MARITAL STATUS	
263. PATIENT SSN		264. CARRIER SSN	
265. PATIENT DOB		266. CARRIER DOB	
267. PATIENT GENDER		268. CARRIER GENDER	
269. PATIENT MARITAL STATUS		270. CARRIER MARITAL STATUS	
271. PATIENT SSN		272. CARRIER SSN	
273. PATIENT DOB		274. CARRIER DOB	
275. PATIENT GENDER		276. CARRIER GENDER	
277. PATIENT MARITAL STATUS		278. CARRIER MARITAL STATUS	
279. PATIENT SSN		280. CARRIER SSN	
281. PATIENT DOB		282. CARRIER DOB	
283. PATIENT GENDER		284. CARRIER GENDER	
285. PATIENT MARITAL STATUS		286. CARRIER MARITAL STATUS	
287. PATIENT SSN		288. CARRIER SSN	
289. PATIENT DOB		290. CARRIER DOB	
291. PATIENT GENDER		292. CARRIER GENDER	
293. PATIENT MARITAL STATUS		294. CARRIER MARITAL STATUS	
295. PATIENT SSN		296. CARRIER SSN	
297. PATIENT DOB		298. CARRIER DOB	
299. PATIENT GENDER		300. CARRIER GENDER	
301. PATIENT MARITAL STATUS		302. CARRIER MARITAL STATUS	
303. PATIENT SSN		304. CARRIER SSN	
305. PATIENT DOB		306. CARRIER DOB	
307. PATIENT GENDER		308. CARRIER GENDER	
309. PATIENT MARITAL STATUS		310. CARRIER MARITAL STATUS	
311. PATIENT SSN		312. CARRIER SSN	
313. PATIENT DOB		314. CARRIER DOB	
315. PATIENT GENDER		316. CARRIER GENDER	
317. PATIENT MARITAL STATUS		318. CARRIER MARITAL STATUS	
319. PATIENT SSN		320. CARRIER SSN	
321. PATIENT DOB		322. CARRIER DOB	
323. PATIENT GENDER		324. CARRIER GENDER	
325. PATIENT MARITAL STATUS		326. CARRIER MARITAL STATUS	
327. PATIENT SSN		328. CARRIER SSN	
329. PATIENT DOB		330. CARRIER DOB	
331. PATIENT GENDER		332. CARRIER GENDER	
333. PATIENT MARITAL STATUS		334. CARRIER MARITAL STATUS	
335. PATIENT SSN		336. CARRIER SSN	
337. PATIENT DOB		338. CARRIER DOB	
339. PATIENT GENDER		340. CARRIER GENDER	
341. PATIENT MARITAL STATUS		342. CARRIER MARITAL STATUS	
343. PATIENT SSN		344. CARRIER SSN	
345. PATIENT DOB		346. CARRIER DOB	
347. PATIENT GENDER		348. CARRIER GENDER	
349. PATIENT MARITAL STATUS		350. CARRIER MARITAL STATUS	
351. PATIENT SSN		352. CARRIER SSN	
353. PATIENT DOB		354. CARRIER DOB	
355. PATIENT GENDER		356. CARRIER GENDER	
357. PATIENT MARITAL STATUS		358. CARRIER MARITAL STATUS	
359. PATIENT SSN		360. CARRIER SSN	
361. PATIENT DOB		362. CARRIER DOB	
363. PATIENT GENDER		364. CARRIER GENDER	
365. PATIENT MARITAL STATUS		366. CARRIER MARITAL STATUS	
367. PATIENT SSN		368. CARRIER SSN	
369. PATIENT DOB		370. CARRIER DOB	
371. PATIENT GENDER		372. CARRIER GENDER	
373. PATIENT MARITAL STATUS		374. CARRIER MARITAL STATUS	
375. PATIENT SSN		376. CARRIER SSN	
377. PATIENT DOB		378. CARRIER DOB	
379. PATIENT GENDER		380. CARRIER GENDER	
381. PATIENT MARITAL STATUS		382. CARRIER MARITAL STATUS	
383. PATIENT SSN		384. CARRIER SSN	
385. PATIENT DOB		386. CARRIER DOB	
387. PATIENT GENDER		388. CARRIER GENDER	
389. PATIENT MARITAL STATUS		390. CARRIER MARITAL STATUS	
391. PATIENT SSN		392. CARRIER SSN	
393. PATIENT DOB		394. CARRIER DOB	
395. PATIENT GENDER		396. CARRIER GENDER	
397. PATIENT MARITAL STATUS		398. CARRIER MARITAL STATUS	
399. PATIENT SSN		400. CARRIER SSN	
401. PATIENT DOB		402. CARRIER DOB	
403. PATIENT GENDER		404. CARRIER GENDER	
405. PATIENT MARITAL STATUS		406. CARRIER MARITAL STATUS	
407. PATIENT SSN		408. CARRIER SSN	
409. PATIENT DOB		410. CARRIER DOB	
411. PATIENT GENDER		412. CARRIER GENDER	
413. PATIENT MARITAL STATUS		414. CARRIER MARITAL STATUS	
415. PATIENT SSN		416. CARRIER SSN	
417. PATIENT DOB		418. CARRIER DOB	
419. PATIENT GENDER		420. CARRIER GENDER	
421. PATIENT MARITAL STATUS		422. CARRIER MARITAL STATUS	
423. PATIENT SSN		424. CARRIER SSN	
425. PATIENT DOB		426. CARRIER DOB	
427. PATIENT GENDER		428. CARRIER GENDER	
429. PATIENT MARITAL STATUS		430. CARRIER MARITAL STATUS	
431. PATIENT SSN		432. CARRIER SSN	
433. PATIENT DOB		434. CARRIER DOB	
435. PATIENT GENDER		436. CARRIER GENDER	
437. PATIENT MARITAL STATUS		438. CARRIER MARITAL STATUS	
439. PATIENT SSN		440. CARRIER SSN	
441. PATIENT DOB		442. CARRIER DOB	
443. PATIENT GENDER		444. CARRIER GENDER	
445. PATIENT MARITAL STATUS		446. CARRIER MARITAL STATUS	
447. PATIENT SSN		448. CARRIER SSN	
449. PATIENT DOB		450. CARRIER DOB	
451. PATIENT GENDER		452. CARRIER GENDER	
453. PATIENT MARITAL STATUS		454. CARRIER MARITAL STATUS	
455. PATIENT SSN		456. CARRIER SSN	
457. PATIENT DOB		458. CARRIER DOB	
459. PATIENT GENDER		460. CARRIER GENDER	
461. PATIENT MARITAL STATUS		462. CARRIER MARITAL STATUS	
463. PATIENT SSN		464. CARRIER SSN	
465. PATIENT DOB		466. CARRIER DOB	
467. PATIENT GENDER		468. CARRIER GENDER	
469. PATIENT MARITAL STATUS		470. CARRIER MARITAL STATUS	
471. PATIENT SSN		472. CARRIER SSN	
473. PATIENT DOB		474. CARRIER DOB	
475. PATIENT GENDER		476. CARRIER GENDER	
477. PATIENT MARITAL STATUS		478. CARRIER MARITAL STATUS	
479. PATIENT SSN		480. CARRIER SSN	
481. PATIENT DOB		482. CARRIER DOB	
483. PATIENT GENDER		484. CARRIER GENDER	
485. PATIENT MARITAL STATUS		486. CARRIER MARITAL STATUS	
487. PATIENT SSN		488. CARRIER SSN	
489. PATIENT DOB		490. CARRIER DOB	
491. PATIENT GENDER		492. CARRIER GENDER	
493. PATIENT MARITAL STATUS		494. CARRIER MARITAL STATUS	
495. PATIENT SSN		496. CARRIER SSN	
497. PATIENT DOB		498. CARRIER DOB	
499. PATIENT GENDER		500. CARRIER GENDER	