

MidState PULMONARY

Breathe. Sleep. Heal.

Seguro Primario:

Nombre de la compañía: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal _____

Nombre del suscriptor: _____ Relación: _____

Seguridad Social del suscriptor #: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

Número de identificación del seguro: _____ Grupo #: _____

Seguro Secundario:

Nombre de la compañía: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal _____

Nombre del suscriptor: _____ Relación: _____

Seguridad Social del suscriptor #: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

Número de identificación del seguro: _____ Grupo #: _____

¿Su seguro requiere una referencia? Sí No Si es así, ¿tiene una para la visita de hoy? Sí No

Si mi compañía de seguros requiere una remisión y no se obtiene una, entiendo que soy responsable del pago de los servicios prestados.

Firma: _____ Fecha: _____

Cesión de Beneficios: Certifico que la información proporcionada por mí es correcta. Por la presente autorizo el pago a MidState Pulmonary de los beneficios del seguro pagaderos a mí. Al solicitar el pago bajo el Título XVIII o el Título XIX de la Ley del Seguro Social, solicito el pago de los beneficios autorizados que se realizan en mi nombre a quienes aceptan la asignación. Además, entiendo que soy responsable de cualquier cargo no cubierto o pagadero por esta asignación.

Firma: _____ Fecha: _____

Autorización para divulgar información: Por la presente autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgar a mi(s) compañía(s) de seguros o agencia(s) patrocinadora(s) o compañía(s) de DME según sea necesario o a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios o compañías, cuando corresponda, información solicitada por ellos y necesaria para el procesamiento de reclamos de beneficios. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma: _____ Fecha: _____

Revised 6.19.2023