

Nombre de Consumidor/Identificación*	Fecha de Nacimiento*	Número de Seguro Social

<b>Entidad Responsable (Persona que recibe la Factura)</b>		
Nombre*	Núm. de Seguro Social	Relación con el Consumidor*
Dirección de Pago*		
Ciudad*	Estado*	CódigoPostal*
Dirección Física (si es diferente)		
Ciudad	Estado	CódigoPostal
Empleador	Teléfono Principal	Teléfono Alternativo

<b>Persona alternativa para consultar sobre el pago de su cuenta</b>		
Nombre	Relación con el Consumidor	Teléfono Principal

<b>Medicaid</b>	Tipo de Medicaid (circule uno):		
Número de Póliza:	Aetna Better Health	Anthem Healthkeepers	Magellan CompleteCare
Fecha Efectiva	Optima	United Healthcare	Virginia Premier

<b>Medicare Parte B</b>	Número de Póliza	Fecha Efectiva

<b>Seguro Comercial</b>		
Compañía de Seguros	Fecha Efectiva	Número de Póliza
Nombre del Suscriptor	Teléfono del Suscriptor	Número del Grupo
Dirección del Suscriptor	Empleador del Suscriptor	Relación con el Suscriptor
Deducible y Cantidad de Copago	Cantidad Permitida de Porcentajes	Cantidad de Visitas por Año

- Region Ten CSB se compromete a realizar todos los esfuerzos razonables para solicitar cualquier seguro u otra tercera entidad.
- Comprendo que soy responsable por cualquier cargo que no esté cubierto, mediante una combinación de pagos que he hecho y pagos recibidos por parte de mi seguro. También seré responsable por los copagos y deducibles de toda tercera entidad.
- Autorizo la liberación de toda información médica, financiera o de servicio que sea necesaria para procesar las reclamaciones del seguro o de otra tercera entidad. También autorizo a todos los pagadores de entidades terceras a pagar directamente a Region Ten todos los beneficios a los cuales tengo derecho.
- Autorizo la liberación de toda información financiera o de servicio que sea necesaria para la 'otra persona' arriba mencionada para establecer mi cuenta.
- Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se realicen en mi nombre a Region Ten CSB por todos los servicios brindados por su personal. Autorizo a cualquier poseedor de información médica acerca de mí para uberarsela a Medicare y a sus agentes toda información necesaria para determinar estos beneficios o los pagadores de beneficios por los servicios relacionados.

Firma

Fecha