

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO

Compañía de seguro primario	Compañía de seguro secundario
Número de póliza o del suscrito	Número de póliza o del suscrito
Número de grupo/plan	Número de grupo/plan
Titular de la póliza	Titular de la póliza
Su relación al titular de la póliza <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Otro	Su relación al titular de la póliza <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Otro
Empleador del titular de la póliza	Empleador del titular de la póliza
Fecha de nacimiento del titular de la póliza	Fecha de nacimiento del titular de la póliza
Dirección del titular de la póliza (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)	Dirección del titular de la póliza (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)
Compañía de seguro para recetas (Rx) (si es diferente al seguro primario)	Compañía de seguro para recetas (Rx) (si es diferente al seguro secundario)
Uso exclusivo del equipo: Insurance card has been scanned _____ (initial).	Uso exclusivo del equipo: Insurance card has been scanned _____ (initial).

Estoy de acuerdo en mantener a PPHeartland, sus oficiales, agentes y empleados libres y sin responsabilidad para cualquier acción en contra de ella o derivadas de la divulgación de la información descrita en esta publicación y asignación. Yo entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización y asignación a mi solicitud, y que dicha copia deberá ser tan eficaz y válida como el documento original.

Para cualquier cantidad recibida por el PPHeartland de un pagador de terceros, PPHeartland dará crédito a mi cuenta y yo seré el único responsable de cualquier co-pagos, deducibles, sumas o coaseguro. PPHeartland se acepta pagos por los servicios cubiertos recibidos de un pagador de terceros como el importe total, a excepción de tales co-pagos, deducibles y coaseguros que son mi responsabilidad. Yo seré responsable por el pago total por los servicios no cubiertos por un pagador de terceros y que no sean pagaderos o se excluyen de otra manera.

Doy permiso para Planned Parenthood of the Heartland usar un laboratorio externo para el proceso de mis pruebas. Entiendo que es práctica estándar para las instalaciones del laboratorio facturar mi compañía de seguros directamente. Entiendo que seré financieramente responsable para todas de las cuentas del laboratorio que no están cubiertos y recibiré

Solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga en mi nombre al PPHeartland. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no pagados por un pagador de terceros.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del personal de equipo: _____ Fecha: _____

Name: _____

Birthdate: _____

PPHeartland Num: _____