

VERIFICACIÓN DE SEGURO

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Beneficios y elegibilidad

Nombre del representante con el que habló: _____ Fecha de HOY: _____

Nombre del asegurado primario: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fechas en que su póliza es efectiva: _____ a: _____

Natural Elements Medicine / Dr. Zia L. Robles Hernández es:

_____ parte del panel de su póliza _____ fuera de panel _____ no incluido en los beneficios

Cantidad de deducible \$ _____ Cantidad pagada hasta la fecha de hoy \$ _____

¿Mi plan renueva cada ENERO o el MES que fue efectivo el plan? _____

¿Co-pay o co-insurance? _____ Cantidad (\$ o%) _____

¿Se aplica el deducible a las visitas al consultorio? _____ Si no

¿Se aplica el deducible a los laboratorios / imágenes? _____ Si no

¿Puede un médico naturopático ordenar laboratorios / imágenes? _____ Sí _____ No

¿Puede un médico naturopático realizar exámenes físicos anuales / visitas preventivas / exámenes ginecológicos? _____

Laboratorios preferidos: _____ Samaritan / _____ Quest / _____ Labcorps / _____

Otros _____

¿Dra. Zia se considera un especialista de atención primaria o especialista en mi póliza de seguro?

¿Están cubiertas las visitas via telemedicina? _____

¿Están cubiertas las consultas telefónicas? _____

¿Necesito una referencia de mi doctor (primary care) para servicios de naturopatía? _____

Si DRA. ZIA ESTÁ FUERA DE PANEL:

¿Están cubiertos los servicios naturopáticos fuera del panel? _____

Acuse de recibo de la asignación de los beneficios del seguro:

Entiendo que la verificación de beneficios no es una garantía de cobertura de mi compañía de seguros y que soy financieramente responsable de todos los servicios rendidos por la Dra. Zia Robles Hernandez. También entiendo que el servicio de facturación de seguros fuera de panel son proporcionados en mi nombre por cortesía y pueden ser suspendidos por mí o por Natural Elements Medicine con un aviso por escrito en cualquier momento. Autorizo la divulgación de información en mi historial médico a mi compañía de seguros y asigno todos los beneficios por servicios to Natural Elements Medicine. Una fotocopia de esta autorización se considerará tan efectiva como la original. La asignación permanecerá vigente hasta que sea revocada por mí por escrito.

Firma del paciente _____ Fecha: _____

Debe estar firmado para ser válido