

INFORMACION DEL SEGURO

Tipo de Seguro: HMO PPO MEDICARE MEDICAID

 ACCIDENTE DE TRABAJO

Porcentaje o Porcion: _____ Nombre del Seguro: _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo postal: _____

Telef: (____) _____

Nombre del Asegurado: _____

Relacion con el Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Poliza o SS#: _____ Numero del grupo: _____

Nombre de la compania: _____

SEGURO SECUNDARIO

Tipo de Seguro: HMO PPO MEDICARE MEDICAID

 ACCIDENTE DE TRABAJO

Porcentaje o Porcion: _____ Nombre del Seguro: _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo postal: _____

Telef: (____) _____

Nombre del Asegurado: _____

Relacion con el Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Poliza o SS#: _____ Numero del grupo: _____

Nombre de la compania: _____

Los seguros mencionados arriba necesitan una forma especial para obtener los pagos

Si _____ No _____

Por favor facilite la forma.

Por medio de este documento yo autorizo que cualquier informacion necesaria sea obtenida y los beneficios de mi seguro sean pagados al Dr. Thomas L. Marvelli.

Yo entiendo que soy financieramente responsable por cualquier balance que mi Seguro no cubra.

Firma: _____

