

502 OLD LYNCHBURG ROAD CHARLOTTESVILLE, VA 22903

Nombre del consumidor/ID*	Fecha de nacimiento*	Número de Seguro Social

Parte responsable (persona que recibe la factura)				
Nombre*	Número de Seguro Social		Relación con el consumidor *	
Dirección de correo*				
<i>Calle</i>	<i>Apartamento/Unidad #</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Código postal</i>
Dirección física (si es diferente)				
<i>Calle</i>	<i>Apartamento/Unidad #</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Código postal</i>
Empleador	1er Teléfono		2 ^{do} Teléfono	

Otra persona autorizada para discutir el pago de su cuenta		
Nombre	Relación con el consumidor	1er Teléfono

Información de seguro		
Compañía de seguros PRIMARIA	Número de póliza	Fecha efectiva
Nombre del suscriptor	Fecha de nacimiento del suscriptor	Número de grupo
Dirección del suscriptor	Empleador del suscriptor	Relación con el suscriptor
Compañía de Seguros SECUNDARIA	Número de póliza	Fecha efectiva
Nombre del suscriptor	Fecha de nacimiento del suscriptor	Número de grupo
Dirección del suscriptor	Empleador del suscriptor	Relación con el suscriptor

- Region Ten CSB acepta hacer todos los esfuerzos razonables para solicitar cualquier seguro u otros beneficios de cobertura a terceros.
- Entiendo que soy responsable de cualquier tarifa que no esté cubierta por una combinación de pagos que he realizado y pagos recibidos de mi seguro. También seré responsable de los copagos y deducibles de terceros.
- Autorizo la divulgación de cualquier información médica, financiera o de servicio necesaria para procesar reclamos de seguros y otros reclamos de terceros.
- También autorizo a todos los pagadores terceros a pagar directamente a Region Ten los beneficios a los que tengo derecho.
- Autorizo la divulgación de cualquier información financiera y/o de servicio necesaria para procesar los reclamos del seguro o de 'otra persona' mencionada arriba para la liquidación de mi cuenta.
- Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se realice en mi nombre a Region Ten CSB por cualquier servicio proporcionado por el personal.
- Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí a divulgar a Medicare y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o el beneficio pagadero por servicios relacionados.

Firma (Consumidor/Representante autorizado)

Fecha

Firma de la parte responsable

(Si es diferente del consumidor / Representante autorizado)

Fecha