

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 <sup>do</sup> Teléfono	

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

Información de seguro		
<b>Compañía de seguros PRIMARIA</b>	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
<b>Compañía de Seguros SECUNDARIA</b>	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