

HISTORIA DEL PACIENTE Y INFORMACIÓN DE SEGURO

Annika Van der Werf, DDS, MS

Información del Paciente

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____ Teléfono: (____) _____ SSN: _____ Sexo: _____

Correo electrónico: _____@_____.com

¿Quién lo refirió a nuestra oficina? _____

Seguro

Somos un proveedor fuera de la red (out-of-network). Algunos planes de seguro dental tienen cobertura fuera de la red.

Cobramos el monto total en el momento del servicio. Como cortesía, presentaremos su reclamo al seguro cuando se proporcione la siguiente información. Una vez que el seguro procese el reclamo dentro del período correspondiente, se le enviará un cheque de reembolso.

La siguiente información corresponde al titular principal de la póliza del Seguro.

¿Es usted el titular principal de la póliza? _____. Si no, complete la información del titular principal a continuación.

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

Empleador: _____

Aseguradora: _____

ID de miembro / ID de suscriptor / SSN: _____

Número de grupo: _____

Teléfono de contacto/proveedor (al dorso de la tarjeta): _____

**** Por favor, proporcione a la recepción la tarjeta física del seguro o una fotocopia de la misma para su verificación.****

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO REQUERIDA PARA PACIENTES DE MEDICARE ATENDIDOS EN LA OFICINA DE Annika Van der Werf, DDS, MS

Hemos decidido “excluirnos” de Medicare (*opted out*), lo que significa que no somos proveedores de ningún programa de beneficios estatales (por ejemplo, Medicaid) ni de planes de Medicare. Por lo tanto, su seguro **no** cubrirá ninguno de los servicios que ofrecemos.

Si tiene un plan dental de Medicare Advantage, **NO RECIBIRÁ BENEFICIOS** si recibe tratamiento con un proveedor excluido de Medicare, como la Dra. Annika Van der Werf. Sus reclamos serán denegados y usted será responsable de pagar el tratamiento de su propio bolsillo.

He leído la declaración anterior y entiendo que la oficina de la Dra. Van der Werf no es un proveedor de Medicare y que soy responsable de pagar los servicios recibidos de mi propio bolsillo.

Firma del paciente/tutor legal o Poder Notarial.

Nombre en letra de imprenta

Fecha