



THE VOZ INSTITUTE

Formulario de Información de Seguro

¡Gracias por elegir The Voz Institute como su proveedor de terapia! Las sesiones de terapia del habla, ocupacional, física y cualquier otra terapia no siempre están cubiertas por su compañía de seguros y pueden no considerarse médicamente necesarias. La cotización de beneficios de su compañía de seguros que le proporcionamos no es una garantía de pago y, si son negadas las sesiones de terapia, el paciente y/o la familia será, en última instancia, la responsable del pago. También será responsable del pago de cualquier deducible, co-seguro o copago aplicado por su seguro. Si su plan de seguro tiene un deducible que se aplica a los servicios prestados, se lo informaremos al verificar la cobertura (VOC), pero no le cobraremos hasta que recibamos sus EOBs. Si su cuenta alguna vez se envía a cobros externos por falta de pago, también será financieramente responsable de cualquier tarifa de cobro.

EL PACIENTE/CUIDADOR TAMBIÉN ES RESPONSABLE DE REVELAR TODOS LOS PLANES DE SEGURO ENUMERADOS BAJO SU NOMBRE O EL DEL PACIENTE. SI TIENE UN SEGURO PRIMARIO O SECUNDARIO, DEBE INFORMARLO A NUESTRA OFICINA ANTES DE COMENZAR LOS SERVICIOS O SERÁ RESPONSABLE DE CUALQUIER PAGO PENDIENTE COBRADO POR LA COMPAÑÍA DE SEGUROS.

Al enviar este formulario, usted está dando su consentimiento al equipo de facturación médica de The Voz Institute para que se comunique con su compañía de seguros en su nombre para obtener información sobre la cobertura de los servicios proporcionados. ¡Le agradecemos la oportunidad de ayudarlo a usted y a su familia!

POR FAVOR ENVÍE UNA COPIA (FRONTAL Y POSTERIOR) DE TODAS LAS TARJETAS DE SEGURO A INFO@VOZSPEECHTHERAPY.COM JUNTO CON ESTE FORMULARIO. SI LA INFORMACIÓN DEL SEGURO Y UNA COPIA DE LAS TARJETAS NO SE RECIBEN AL MENOS 24 HORAS ANTES DE SU CITA PROGRAMADA, LA SESIÓN SE REPROGRAMARÁ AUTOMÁTICAMENTE.

Nombre del seguro principal: _____

Nombre del empleador y del grupo: _____

Número de identificación del seguro (incluya todas las letras y guiones): _____

Número de grupo de seguro: _____

Número de teléfono del proveedor de seguros: _____

Nombre del seguro secundario: _____

Empleador secundario y nombre del grupo: _____

Número de identificación del seguro secundario (incluya todas las letras y guiones): _____

Número de grupo de seguro secundario: _____

Nombre y número del médico remitente (si corresponde): _____

Nombre y número del médico de atención primaria: _____

¿Cuál es el mejor momento y método para comunicarnos con usted con respecto a la programación y/o sus beneficios? Incluya un número de teléfono o correo electrónico preferido y cualquier horario/fecha que mejor se adapte a su horario: _____

Al firmar este formulario, usted brinda su consentimiento y reconoce que la información proporcionada es correcta, según mi leal saber y entender, y es legalmente vinculante.

Firma

Fecha

Relación con el Paciente