



Verificación de Información de Seguro / Renuncia al Servicio No-Cubiertos

Para garantizar la facturación adecuada y pago oportuno de su compañía de seguros, **Utah Valley Pediatrics** tiene una política en toda la empresa para verificar información de seguros de su hijo en cada visita.

Esta política se asegurará de que nuestra Oficina de factura a la compañía de seguros correcta para cada visita, cada examen y cada inmunización. ***La comprensión de sus beneficios de seguros sigue siendo su responsabilidad.*** Si desea asistencia con para entender lo que sí y ni no cubre su seguro, su compañía de seguros tiene representantes de servicio al cliente disponibles para ayudarle con esas preguntas.

Si usted necesita un formulario para varios niños, por favor hable con una recepcionista. Si necesita utilizar un teléfono para llamar a su compañía de seguro, por favor hable con la recepcionista.

Cuando haya completado este formulario, por favor, dársela a la enfermera de su hijo.

Nombre completo de mi hijo es: _____

Fecha de nacimiento de mi hijo es: _____

El seguro principal de mi hijo es: _____

El seguro secundario de mi hijo es: _____

Mi hijo no está cubierto por ningún plan médico o seguro de salud.

Si mi hijo está recibiendo servicios de atención preventiva (verificación de salud /vacunas), verifico que mi seguro (marque todas las que correspondan):

- Cubre la atención preventiva / vacunas.
- No** cubren atención preventiva / vacunas.
- Tiene una tasa de beneficio en atención/vacunas preventivas que **ha** sido alcanzada.
- Tiene un tasa de beneficio en atención/vacunas preventivas que **no ha** sido alcanzada.
- No cubre las vacunas siguientes: _____.

La red de hospitales aprobados por mi seguro es (Marque uno):

- IHC (American Fork Hospital, hospital de la comunidad de Orem, Utah Valley Regional Medical Center)
- MountainStar (Timpanogos Regional Hospital, Mountain View Hospital)

Tengo entendido que se facturará los servicios prestados hoy basados en la información que proporcione. Además, entiendo que soy responsable de pago en su totalidad de cualquier porción no cubierto por mi compañía de seguros.

Firma del Padre o Madre

Fecha

Dirección/ciudad/estado/ZIP

Teléfono