

Northwest Ambulance

c/o Billing Services • PO Box 3510 • Silverdale, WA 98383

Phone (888) 824-9225 • Fax (360) 697-1659

Enviar en línea en www.emspatient.com/nwamb

PEDIDO DE INFORMACION DE SEGURO

Nombre de Paciente:	Teléfono #:
Número de seguro social del paciente #:	Fecha de nacimiento del paciente:

La cuenta que ha recibido es para servicios de ambulancia proveídos a usted o su dependiente de parte de Northwest Ambulance. Usted es el responsable financiero para estos cobros. Puede que su seguro cubra parte o todos de estos cobros. Si es conveniente mandarnos copias del frente y revés de su tarjeta de seguro, favor de hacerlo para darnos la información necesaria para cobrar al seguro. Complete ese formulario y devuélvalo a la información de contacto escrito arriba. Si tiene cualquier pregunta o desea proveernos esta información directamente, contacte a Billing Services al (888) 824-9225 de lunes a viernes 8 AM a 8 PM hora Pacífica.

SEGURO PRIMARIO

☐ **NO TENGO** seguro que aplica para este servicio.

Nombre de compañía de seguro:			
Dirección para reclamos:	Ciudad:	Estado:	Zip:
# de identidad:	# de grupo:	# Teléfono de reclamos:	
INFORMACION SOBRE EL TITULAR DE LA POLIZA		Relación al paciente: ☐ Paciente ☐ Esposo/a ☐ Dependiente	
Nombre:	# de seguro social:	Fecha de nacimiento:	

SEGURO SECUNDARIO

☐ **NO TENGO** seguro que aplica para este servicio.

Nombre de compañía de seguro:			
Dirección para reclamos:	Ciudad:	Estado:	Zip:
# de identidad:	# de grupo:	# Teléfono de reclamos:	
INFORMACION SOBRE EL TITULAR DE LA POLIZA		Relación al paciente: ☐ Paciente ☐ Esposo/a ☐ Dependiente	
Name:	# de seguro social:	Fecha de nacimiento:	

Si este fue un accidente relacionado con auto o trabajo, favor de marcar: ☐ Auto ☐ Trabajo

Nombre del asegurado de trabajo o vehiculo:			
Dirección para reclamos:	Ciudad:	Estado:	Zip:
# de póliza:	# de reclamo (si lo tenga):	Nombre de ajustador de reclamo:	
		# Teléfono de reclamos:	
INFORMACION SOBRE EL TITULAR DE LA POLIZA		Relación al paciente: ☐ Paciente ☐ Esposo/a ☐ Dependiente	
Name:	# de seguro social:	Fecha de nacimiento:	

ES NECESARIO TENER SU FIRMA EN EL EXPEDIENTE, FAVOR DE FIRMAR EL OTRO LADO! →

Northwest Ambulance

c/o Billing Services • PO Box 3510 • Silverdale, WA 98383

Phone (888) 824-9225 • Fax (360) 697-1659

Enviar en línea en www.emspatient.com/nwamb

Nombre de Paciente: _____ Fecha de servicio: _____

- Yo autorizo la entrega de un reclamo para pago de Medicare, Medicaid, o cualquier otro pagador por los servicios proveídos por Northwest Ambulance ahora, en el pasado o el futuro hasta yo revoque este permiso por escrito.
- Yo entiendo que soy responsable económicamente por los servicios y equipos proveídos por Northwest Ambulance sin importar el tipo de cobertura de seguro y en algunos casos puedo ser responsable por una cantidad además de lo que pago mi seguro.
- Yo acepto remitir a Northwest Ambulance de inmediato cualquier pago que yo reciba directamente del seguro o cualquier otra fuente por los servicios recibidos y asigno los derechos de todos esos pagos a Northwest Ambulance.
- Yo autorizo a Northwest Ambulance apelar negación de pagos o decisiones en mi contra de mi parte sin autorización adicional.
- Yo autorizo el que tenga cualquier información medica u otra documentación relevante sobre mí para remitir aquella información a Northwest Ambulance y sus agentes de cobro, los Centros para Medicare y Medicaid Servicios, y cualquier otro pagador o asegurado y sus agentes respectivos y contratistas cuando sea necesario para estos u otros beneficios pagados por servicios que me provee Northwest Ambulance ahora, en el pasado o el futuro. Una copia de este formulario se vale como el original.

ES NECESARIO TENER SU FIRMA EN EL EXPEDIENTE PARA COBRAR SU SEGURO!

Firma de paciente: (o representante autorizado):	
Nombre escrito:	Fecha:
☐ Representativo Autorizado (si firmando por parte del paciente, favor de indicar su relación)	Relación al paciente: