

Whatcom County Fire Protection District 1

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

Phone (360) 394-7010 • Toll Free (800) 238-9398 • Fax (360) 697-1659

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 Whatcom County Fire Protection District 1. 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 **(360) 394-7010 o (800) 238-9398** 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 vehículo:				
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! →

Whatcom County Fire Protection District 1

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

Phone (360) 394-7010 • Toll Free (800) 238-9398 • Fax (360) 697-1659

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 Whatcom County Fire Protection District 1 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 Whatcom County Fire Protection District 1 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 Whatcom County Fire Protection District 1 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 Whatcom County Fire Protection District 1.
- Yo autorizo a Whatcom County Fire Protection District 1 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 Whatcom County Fire Protection District 1 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 Whatcom County Fire Protection District 1 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: