

Formulario de elegibilidad y beneficios de seguro

<input type="checkbox"/> Seguro comercial primario: _____ N° de identificación _____ Fecha: _____ Número telefónico _____ Nombre del representante: _____ N° de referencia: _____	
Según la compañía de seguro: <input type="checkbox"/> El pac. es/no es elegible para los beneficios de fisioterapia/terapia ocupacional/patólogo de lenguaje en este momentos <input type="checkbox"/> El área de servicios de operación del St. Vincent están	Fecha de entrada en vigor: _____ Plan de póliza reinicia el: _____
Responsabilidad del paciente Usted ha cumplido con \$ _____ de su \$ _____ deducible. Usted ha pagado \$ _____ hacia su máximo Usted tiene un copago de \$ _____ que debe pagar por cada visita <input type="checkbox"/> Usted tiene un _____ % de coseguro que debe pagar por cada visita. – Cantidad estimada para la evaluación inicial: _____ % x \$144 = \$ _____ – Cantidad estimada por la visita de seguimiento: _____ % x \$80 = \$ _____ Usted tiene un beneficio límite de paciente de _____ visitas por póliza anual. Usted ya ha usado _____ visitas.	
Otra información relevante sobre los beneficios del plan: _____	
<input type="checkbox"/> Seguro secundario: _____ N° de identificación _____ Fecha: _____ Número telefónico _____ Nombre del representante: _____ N° de referencia: _____	
Otra información relevante sobre los beneficios del plan: _____	

<input type="checkbox"/> MEDICARE _____ N° de identificación _____ Fecha: _____ Número telefónico _____ Nombre del representante: _____ N° de referencia: _____	
Usted tiene una cantidad total de \$ _____ para los beneficios de fisioterapia por año calendario. Ya ha utilizado \$ _____.	
<input type="checkbox"/> Seguro secundario: _____ N° de identificación _____ <input type="checkbox"/> Su seguro secundario cubrirá el 20% restante que su coseguro no cubre por Medicare.	
<input type="checkbox"/> MEDICAID _____ N° de identificación _____ Fecha: _____ Número telefónico _____ Nombre del representante: _____ N° de referencia: _____	
Usted tiene una cantidad total de 48 unidades de beneficios de fisioterapia para este período de 12 meses. Ya ha utilizado ____ unidades.	

Le informamos que la fisioterapia de St. Vincent cobra todos los pagos conocidos al momento de recibir el servicio.

Firma del paciente: _____ **Nombre del paciente en letra de molde:** _____