

Plaza Medical Centre

700 N Pearl St, Suite N208
Dallas, TX 75201
Tel: (214) 999-9355

**Griego Family Medical Centre**

2701 S Hampton Rd, Suite 101
Dallas, TX 75224
Tel: (214) 330-9221

ASIGNACIÓN DE LAS PRESTACIONES DEL SEGURO/ELEGIBILIDAD

Seguro Primario

Nombre del Paciente		Fecha de Nacimiento	
Plan de Seguros	Nº del Grupo	Nº de Póliza	
Dirección del Seguro			Teléfono
Nombre del Suscriptor		Relación con Paciente	
Número del Seguro Social del suscriptor		Fecha de Nacimiento del Suscriptor	
Empresa donde trabaja el suscriptor		Teléfono del Trabajo	
Dirección del Trabajo			

Para los Pacientes de Medicare Solamente:

Nº del Reclamación de Seguro de Salud	Fecha Efectiva Parte A	Fecha Efectiva Parte B
---------------------------------------	------------------------	------------------------

Otras Coberturas de Seguro del Paciente

Nombre del Paciente		Fecha de Nacimiento	
Plan de Seguros	Nº del Grupo	Nº de Póliza	
Dirección del Seguro			Teléfono
Nombre del Suscriptor		Relación con Paciente	
Número del Seguro Social del suscriptor		Fecha de Nacimiento del Suscriptor	
Empresa donde trabaja el suscriptor		Teléfono del Trabajo	
Dirección del Trabajo			

Por la presente autorizo y solicito que el pago de beneficios autorizados de Medicare/u otros beneficios de seguro a mi nombre sean pagados directamente a Griego Family Medical Centre para cualquier servicio médico o quirúrgico prestado por sus grupos médicos afiliados, a mí o a un miembro de mi familia. Autorizo al titular de mi información medica u otra información a que la libere a la Administración de la Seguridad Social, Administración de Financiamiento de Servicios de Salud, sus agentes o portadores, o la compañía de seguros cualquier información necesaria para que este o un reclamo relacionado de beneficios de Medicare u otro seguro para determinar estos beneficios o los beneficios pagables por servicios relacionados. Tengo entendido que es obligatorio notificar al proveedor de atención médica de cualquier otro partidario que pueda ser responsable por el pago de mi tratamiento.

Yo entiendo que soy elegible para beneficios de la fecha mediante mi póliza de HMO. Tengo entendido que mi IPA/grupo medico elegido para mis beneficios es un grupo medico afiliado con Griego Family Medical Centre mencionado anteriormente. Estoy consciente de que si lo anterior no es cierto, yo (o la persona responsable financieramente por mí) soy responsable de todos los cargos relacionados con los servicios proporcionados. Estoy de acuerdo en que si lo anterior no es cierto, yo (o la persona responsable financieramente por mí), pagara la totalidad de estos cargos.

Firma del paciente/Parte Responsable

Fecha

Nombre del Paciente/Parte Responsable (en letra de imprenta)

Relación con Paciente