



Verificación de Seguro

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Seguro Social del Paciente: _____

El asegurado Primario es el Poseedor de la Póliza o quien esta Subscrito

Nombre del Asegurado Primario: _____ Nacimiento: _____
No del S.S del Asegurado Primario: _____ Empleador: _____

Compañía Aseguradora: _____

Nombre del Plan o Tipo de Cobertura: _____

Nombre del Grupo / Número: _____

Contrato / Número de Póliza: _____

Fecha Efectiva: _____

Envíe las Reclamaciones a:

Departamento / ATTN: _____

Dirección del Correo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zipcode: _____

Servicio al Consumidor/Número de Teléfono de Reclamos: _____

Yo autorizo al Health Planning Council of Southwest Florida el uso de la información que aparece arriba con el propósito de obtener reembolso de cualquier tercera parte en nombre del asegurado y del programa de Early Steps.

Entiendo que no estoy autorizado(a) para el reembolso de beneficios por servicios que no pague y estoy de acuerdo en pasar los reembolsos recibidos a nombre de terceros/de seguro al Consejo de Saludo del Suroeste de la Florida, Inc., inmediatamente a la siguiente dirección: Pasos Tempranos, 8961 Daniels Center Dr, STE 401, Fort Myers, FL 33912.

Firma del Paciente/Guardián

Fecha



Yo verifico que la información de arriba fue obtenida directamente de la tarjeta de seguro o de otro documento autentico de la póliza de seguro.

Firma del representante de Early Steps / HPCSWF

Fecha