

MEMBER ELIGIBILITY WAIVER

Dear HMO, PPO, EPO, or POS Patient:

Date:

Verification of your coverage for health plan benefits cannot be made at this time. Services will be provided to you at this visit; however, in the event your coverage is not effective, you will be held responsible for payment.

Patient Name _____ SS # (last 4 digits) ____ ____ ____ ____

Subscriber's Name _____ SS # (last 4 digits) ____ ____ ____ ____

Address _____ City _____ St _____ Zip _____

Subscriber's Phone (Day) _____ (Evening) _____

Medicare No. _____ Date of Birth _____

Physician _____

Subscriber's Employer _____ Phone No. _____

Patient's Signature _____

EXENCIÓN DE ELEGIBILIDAD DE MIEMBRO

Estimado(a) Paciente de HMO, PPO, EPO, o POS:

Fecha:

Por el momento no se puede verificar su cobertura para beneficios del plan médico. Sin embargo, en esta visita se le proporcionarán a Ud. los servicios, y en caso de que su cobertura no esté vigente, Ud. será responsable del pago.

Nombre de(l)(la) Paciente _____ # SS (los últimos cuatro dígitos) ____ ____ ____ ____

Nombre del Subscriptor: _____ # SS (los últimos cuatro dígitos) ____ ____ ____ ____

Dirección _____ Ciudad _____ Edo. _____ C.P. _____

Tel. del Subscriptor (Día) _____ (Noche) _____

No. de Medicare _____ Fecha de Nac. _____

Médico _____

Empleador del Subscriptor _____ No. Tel. _____

Firma de(l)(la) Paciente _____