

PEAKS & PLAINS, INC.
6326 E. TRENT AVE. STE. A
SPOKANE VALLEY, WA 99212-1220
Phone 800-585-4201 Fax 1-800-886-1747
www.Peaks-Plains.com

NUEVO CLIENTE
> SEGURO<

NOMBRE _____ M___ F___ CUMPLEAÑOS _____
 INSTALACIONES _____ TYPE _____
 DIRECCIÓN _____
 CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO postal
 NOMBRE DE CONTACTO _____ TELÉFONO _____ Fax _____
 DOCTOR _____ TELÉFONO _____ Fax _____
 DIRECCIÓN _____
 CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO postal

¿Cómo se enteró de nosotros? _____

Para cumplir con reglamentos insureres, toda la información indicada es necesaria. Una copia de la tarjeta de Seguro de cliente debe acompañar a este fin. Las mencionadas paciente requiere estos elementos para fines médicos.

YO, el abajo firmante certifica que la persona esté cubierto por el seguro y si hay algún cambio en la cobertura, informaré a Picos y llanuras, Inc. inmediatamente.
 Voy a ser responsable de los cargos efectuados por no proporcionar dicha notificación.

Autorizo Picos y llanuras, Inc. para obtener y liberar mi médico y/o cualquier otra información necesaria para procesar mis reclamos y verificar la elegibilidad para la cobertura del tema.
 También, he de reconocer que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad, que proporciona una descripción de los usos y divulgaciones de información de salud protegida; el proveedor, conforme a las cuales informaremos de los reglamentos sobre referían a suministros; el Cliente Carta de Derechos y el Protocolo de Resolución de Quejas

 Firma del paciente / Autorizar Guardian FECHA Las ventas Persona

Debe tener POA o autoridad por escrito para firmar en nombre del paciente

RAZÓN PACIENTE ES INCAPAZ DE FIRMAR _____

Medicaid # _____ Medicare # _____ Otros seguros _____

POA o persona pagando las facturas (si procede) _____ Tel _____

DIRECCIÓN _____
 CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO postal

Sírvase proporcionar estatura del paciente: _____ peso: _____

TEMA NÚMERO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD POR DÍA	MES