



Información de facturación de seguro sustituto/Formulario de firma

Estimado médico/proveedor de atención médica:

Hemos recibido un Formulario de solicitud de prueba para el paciente que se indica a continuación.

Solicite al paciente que complete y firme este formulario. Esto es necesario para que podamos continuar con este caso. Una vez completo, envíeme el formulario al fax 801-584-3615. Gracias.

Otros Datos:

Para: _____

Fecha: _____

Fax: _____

Número de caso de Myriad: _____

Nombre del paciente: _____

Coordinador al paciente (PSC): _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Teléfono PSC 800-469-7423 Interno: _____

Información de pago/facturación

Requiere la firma del paciente y una copia legible (ampliada) de ambos lados de la(s) tarjeta(s) de seguro.

En caso de presentar dostarjetas, indique cuál es el seguro primario.

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____ N° de miembro: _____

Parentesco del paciente con el asegurado (encierre en un círculo): Asegurado cónyuge hijo otro N° de autorización/derivación: _____

Por el presente autorizo a Myriad Genetic Laboratories, Inc. (MGL) a proporcionar a la compañía de seguro médico, plan de salud o administrador externo designados (denominados en conjunto como "Plan"), la información sobre este formulario y otra información proporcionada por mi proveedor de atención médica en caso de que sea necesaria para fines de reembolso.

También autorizo que todos los beneficios del Plan se paguen a MGL. Entiendo que soy responsable por todo monto que mi Plan no cubra por razones que incluyan, entre otras, servicios no cubiertos o no autorizados. Entiendo que si soy responsable de un coaseguro superior a \$375 (excluyendo los deducibles no cubiertos) antes de expedir la prueba. Autorizo que se utilice una copia de esta autorización en lugar del documento original.

			<input type="checkbox"/>
Firma del paciente/Parte responsable	Fecha		Se incluyen las copias de las tarjetas de seguro (requeridas) o se han entregado anteriormente