



REFIÉRASE A SU TARJETA DE ID PARA EL DOMICILIO CORRECTO

de ID del Empleado

No. Seguro Social del Empleado

-

- -

FORMA PARA RECLAMO DE MEDICINA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y EMPLEADO

1. NOMBRE DEL PACIENTE		2. FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE 		3. NOMBRE DEL EMPLEADO	
4. DOMICILIO DEL PACIENTE (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)		5. SEXO DEL PACIENTE HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>		6. DOMICILIO DEL EMPLEADO (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL) <input type="checkbox"/> MARQUE AQUÍ SI ES UN DOMICILIO NUEVO	
		7. RELACIÓN DEL PACIENTE AL EMPLEADO YO <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> NIÑO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>			
8. OTRA COBERTURA DE SEGURO ¿SE CUBRE EL PACIENTE CON OTRO PLAN? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
SI ES ASÍ, PROVEA EL NOMBRE Y DOMICILIO DEL CARGADOR: _____					
IDENTIFICACIÓN O SEGURO SOCIAL _____ NOMBRE DEL EMPLEADOR _____					
TIPOS DE COBERTURA DEL CARGADOR: <input type="checkbox"/> MÉDICO <input type="checkbox"/> MEDICINA <input type="checkbox"/> DENTAL <input type="checkbox"/> VISTA					
FECHA EFICAZ DE COBERTURA _____ TERMINACIÓN DE COBERTURA _____					
9. AUTORIZO EL DENTISTA SUSCRITO REVELAR CUALQUIER INFORMACIÓN ADQUIRIDA EN EL CURSO DE MI EXAMINACIÓN O TRATAMIENTO.			10. AUTORIZO EL PAGO DE BENEFICIOS DENTALES AL DENTISTA SUSCRITO O PROVEEDOR DE SERVICIO(S) DESCRITO(S) ABAJO.		
FIRMADO (EMPLEADO O PACIENTE) _____ FECHA _____			FIRMADO (EMPLEADO O PACIENTE) _____ FECHA _____		

FAVOR DE LLENAR UN FORMULARIO DISTINTO PARA CADA MIEMBRO DE FAMILIA

ADJUNTE RECIBOS INDIVIDUALES DE FARMACIA AQUÍ

EJEMPLO DE RECIBO

RECIBO PARA RECETA DE DELTA DRUG STORE
1234 W. NUESTRA CALLE, STOCKTON, CA 95203

123456-? DR. SMITH 01/01/93

FULANO DE TAL 98785432
TÓMESE UNA PASTILLA 3 VECES AL DÍA

TAGAMENT 100MG 120 \$60.00
98D 2197YSEF

71-0362-32

NOMBRE Y DOMICILIO DE FARMACIA

DE RECETA

NOMBRE DEL PACIENTE

NOMBRE DE LA MEDICINA

CÓDIGO NACIONAL DE LA MEDICINA

DOCTOR RECETANTE

FECHA LLENADA

CANTIDAD O DÍAS PROVISTAS

DOCTOR RECETANTE

PRECIO