

THIRD PARTY INSURANCE RELEASE FORM
COUNTY HEALTH DEPARTMENT

Ins. Co No: _____

Ins. Co. Name: _____

*Place
Patient Name
Label Here*

*Place
Patient Address
Label Here*

Client's Telephone: **X** _____

Medicaid? ☐ Yes ☐ No If yes, Number _____

THIS FORM NEEDS TO BE FILLED OUT IN ITS ENTIRETY BY CLIENTS OF THE _____ COUNTY HEALTH DEPARTMENT IF THEY WANT A CLAIM TO BE FILED WITH THEIR HEALTH INSURANCE COMPANY. PLEASE NOTE THAT WHEN A CLAIM IS FILED, AN EXPLANATION OF BENEFITS (EOB), WHICH INCLUDES SERVICES RENDERED AND DIAGNOSIS, WILL BE SENT TO THE INSURED'S HOME ADDRESS BY THE INSURANCE COMPANY. THIS MAY INCLUDE STD AND FAMILY PLANNING SERVICES.

(Pt. Initials) **X** _____

Please sign in both places and complete the requested information below if you want us to file your health insurance. If you have questions, please ask the clerk for an explanation.

RELEASE OF INFORMATION

I authorize release of any medical or other information necessary to process health insurance claims.

X _____

Client/Insured or Authorized Person

X _____

Date

ASSIGNMENT OF BENEFITS

I authorize the release of medical insurance benefits to the Sample County Health Department for medical services provided. NOTE: Any balance left unpaid by the insurance company is the client's responsibility and will be billed based on the current sliding fee scale.

X _____

Client/Insured or Authorized Person

X _____

Date

Insured's Name: **X** _____
(person whose name the policy is in)

DOB: **X** _____

Effective Date of Insurance (when did it begin): **X** _____

Insured's address: _____

Insured's Telephone : **X** _____ SS/ITIN#: **X** _____

Insured's Employer: **X** _____ Work Phone No: **X** _____

Insured's Relationship to the Patient being seen today: **X** Self Parent Spouse Other _____

**FORMA PARA RECLAMAR PAGO DE ASEGURANZA
DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE**

Ins. Co No: _____

Ins. Co. Name: _____

*Place
Patient Name
Label Here*

*Place
Patient Address
Label Here*

Telefono del cliente: **X** _____

Medicaid? ☐ Si ☐ No Y si, Numero _____

ESTA FORMA DEBE LLENARSE POR COMPLETO POR LOS CLIENTES DEL DEPTO. DE SALUD DEL CONDADO DE _____ SI DESEAN QUE RECLAMEMOS PAGO A SU ASEGURANZA. **POR FAVOR TOME NOTA DE QUE CUANDO SE RECLAMA UN PAGO, LA ASEGURANZA ENVIARA UNA EXPLICACION DE BENEFICIOS (EOB), QUE INCLUYE LOS SERVICIOS PRESTADOS Y EL DIAGNOSTICO, AL DOMICILIO DEL ASEGURADO.**

(Iniciales del Paciente) **X** _____

Por favor firme en ambos espacios y complete la informaci3n requerida abajo si desea que reclamemos pago a su aseguranza. Si tiene alguna pregunta, por favor pida una explicaci3n a la empleada de la ventanilla.

LIBERACION DE INFORMACION

Yo autorizo la liberaci3n de cualquier informaci3n m3dica necesaria para procesar el reclamo de pago a la aseguranza.

X _____
Cliente/Asegurado o Persona Autorizada

X _____
Fecha

ASIGNACION DE BENEFICIOS

Yo autorizo la liberaci3n de beneficios de la aseguranza m3dica al Depto. de Salud del Condado de _____ por los servicios m3dicos proporcionados. NOTA: Cualquier balance que quede sin pagar por la aseguranza es responsabilidad del cliente y se le cobrar3 seg3n la escala de precios actual.

X _____
Cliente/Asegurado o Persona Autorizada

X _____
Fecha

Nombre del Asegurado: **X** _____ Fecha de Nacimiento: **X** _____
(persona a cuyo nombre est3 la p3liza)

Fecha de vigencia del seguro m3dico (cuando empez3): **X** _____

Direcci3n del Asegurado: **X** _____

Tel3fono del Asegurado: **X** _____ # de Seguro Social/ITIN/I: **X** _____

Empleador del Asegurado: **X** _____ Tel3fono del Trabajo: **X** _____

Relaci3n del Asegurado con el paciente que tiene cita hoy: **X** paciente Padre/Madre Esposo/a Otro _____