



# GENETIC COUNSELING BILLING FORM

## PATIENT INFORMATION (Please print legibly/Escribir legible)

Name/Nombre: last/apellido first/nombre				<input type="checkbox"/> Male Masculino	<input type="checkbox"/> Female Femenino	Patient #:
Address/Domicilio: Número y calle				Home Phone/Teléfono de la casa		Work Phone/No. de Teléfono del trabajo
				Referring Physician Name (First and Last)/Médico Remitente (nombre y apellido)		
City/ Ciudad	State/Estado	Zip/Zona Postal	Genetic Counselor		Date of Appointment	

## CLIENT INFORMATION

## BILLING/INSURANCE INFORMATION / INFORMACIÓN DE SEGURO PARA COBRO

(Complete Section 1 if you are paying by cash OR Section 2 to have your insurance company billed.)

(Llenar sección 1 si pago es en dinero efectivo. Llenar sección 2 si quiere que su cuenta sea enviada a su seguro médico.)

<b>SECTION 1:</b>  <input type="checkbox"/> Physician or Institution/Doctór ó Institución <input type="checkbox"/> Medicare: (Copy of card required/Copia de la tarjeta) <input type="checkbox"/> Inpatient/Paciente hospitalizado <input type="checkbox"/> Outpatient/Paciente no hospitalizado Card # / # de la tarjeta: _____ <input type="checkbox"/> Medicaid: (Copy of card required/Copia de la tarjeta) Card # / # de la tarjeta: _____ State/Estado: _____ <input type="checkbox"/> California PNS Program <input type="checkbox"/> Patient/Self-Pay/Cobro al paciente <input type="checkbox"/> Payment Enclosed/Pago incluido  <b>* Do not attach credit card information to this form</b>	<b>SECTION 2: Copy of insurance card (front &amp; back) required, attach copy of authorization if available.</b> <b>Copia de la tarjeta del seguro (parte delantera y posterior), adjuntar copia de la autorizacion si está disponible.</b> <input type="checkbox"/> Insurance/PPO/Seguro/PPO <input type="checkbox"/> Blue Cross/Blue Shield <input type="checkbox"/> Medical Group/IPA* Attach co-pay/Adjuntar co-pago <input type="checkbox"/> HMO* Attach co-pay/Adjuntar co-pago  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">             *Authorization #              *# de autorización           </div>  <i>Non-authorized services will be billed to the patient.</i> <i>Servicios no autorizados serán cobrados a Usted.</i>
Insurance Co Name/Nombre de la compañía de seguro:	
Billing Address/dirección de la compañía:	
City, State, Zip/Ciudad, Estado, Zona postal:	
Telephone # / # de teléfono:	
Name of Insured/Nombre del asegurado:	
Policy # / # de la póliza:	Group# / # del grupo:
Name of Employer/Nombre del empleador:	
Relation to Insured/Parentesco con asegurado: Self/Asegurado Spouse/Cónyuge Child/Hijo/a Other/Otro	

The charge for these services is separate from any other tests or procedures. I authorize Labcorp to furnish my designated insurance carrier any information concerning my services that is necessary for reimbursement. I also authorize benefits to be payable to Labcorp. I understand that I am responsible for any amount not paid by insurance.

Many insurance carriers will pay only for services they deem to be reasonable and necessary or a covered service. If my insurance carrier determines that a particular service is not reasonable and necessary, my insurance carrier may deny payment. If my plan does not cover the genetic counseling or medical consult provided by Labcorp, I agree to be responsible for full payment.

Signed \_\_\_\_\_ Dated \_\_\_\_\_

El cobro de estos servicios son aparte de cualquier otro examen o procedimiento. Yo autorizo que Labcorp supla a mi seguro médico de cualquier información que sea necesaria para reembolso. Yo también autorizo que los beneficios sean pagados a Labcorp. Yo entiendo que soy responsable por cualquier cantidad que no sea pagada por mi seguro médico.

Muchos seguros médicos solamente pagan por servicios que consideran razonables o necesarios. Si mi seguro determina que algún servicio en particular no es considerado razonable o necesario, mi seguro medico puede negar pago. Si mi plan no cubre la charla con la consejera genetica o consulta médica provista por Labcorp, yo accedo hacerme responsable por la cuenta en completo.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_