

Kimberly Tangen PhD QME
Psicóloga Licenciada Nro. 22865
Psicología Clínica y Forense
Bilingüe Inglés-Español
 4519 Admiralty Way Suite 110
 Marina Del Rey CA 90292
 Tel: 323.538.4779
 Fax: 323.978.6119
 Email: kimberly@drkimberlytangen.com
 Web: www.drkimberlytangen.com

BENEFICIOS DEL PLAN DE CUIDADO DE SALUD & ACUERDO DE PAGO

Para facturar a su aseguradora por el tratamiento de salud amparado bajo su plan, llene este formulario. Además, complete las porciones resaltadas del Health Insurance Claim Form (Formulario de Solicitud del Seguro de Salud) en la próxima página. Traiga estos formularios y una fotocopia de la tarjeta del seguro a la primera cita.

1. Para determinar cuales son los beneficios que están disponibles para usted, llame al número de servicio al cliente escrito en el dorso de su tarjeta de seguro y pida ser comunicado con el departamento de salud mental para la verificación de los beneficios. (Si la tarjeta tiene un número para el departamento de salud mental, entonces llame a ese número.)

Hacer las siguientes preguntas:

2. “Es la Dr. Kimberly Tangen un proveedor de la red bajo mi plan? Llamo para confirmar mis beneficios de psicoterapia (o pruebas psicológicas).”
3. Si la respuesta es SI, entonces haga las preguntas detalladas en la columna A (ver a continuación). Documentar las respuestas.
Si la respuesta es NO, entonces haga las siguientes preguntas detalladas en la columna B (ver a continuación). Documentar las respuestas.

Columna A	Columna B
1. Cuánto es mi deducible “en la red”?	1. Tengo “ <i>cobrimiento fuera de red</i> ” para estos servicios? S o N A. De ser Sí, cuánto es mi deducible “ <i>fuera de red</i> ”?
2. Cuánto de mi deducible “en la red” permanece disponible para gastos varios?	2. Cuánto de mi deducible “ <i>fuera de red</i> ” queda disponible para los gastos varios?
3. Qué es mi máximo de gastos varios “en la red”?	3. Qué es mi máximo de gastos varios “fuera de la red”?
4. Necesito autorización para este servicios? S o N De ser Sí, entonces preguntar: A. Cuál es el número de autorización? _____ B. Cuántas sesiones están autorizadas para comenzar? C. Cuáles son las fechas de inicio y terminación de las sesiones autorizadas? INICIO: _____ FINAL: _____ D. Cuál es el número máximo de sesiones que me autorizan?	4. Necesito autorización para este servicios? S o N De ser Sí, entonces preguntar: A. Cuál es el número de autorización? _____ B. Cuántas sesiones están autorizadas para comenzar? C. Cuáles son las fechas de inicio y terminación de las sesiones autorizadas? INICIO: _____ FINAL: _____ D. Cuál es el número máximo de sesiones que me autorizan?
5. Cuál es mi copago?	5. Cuál es mi copago?
6. A qué dirección se envía la reclamación?	6. A qué dirección se envía la reclamación?
7. A qué dirección se envían los informes del tratamiento?	7. A qué dirección se envían los informes del tratamiento?

Autorizo la divulgación de información con respecto al cuidado a mi proveedor del plan de salud para el pago de servicios y otros fines relacionados a la administración de beneficios. Comprendo que es mi responsabilidad pagar los servicios no incluidos en mi plan de salud sea que se obtenga autorización o no, se haya negado, cualquier cambio o limitación de los beneficios, copago, deducible u otro motivo. Además comprendo que si hay un saldo pendiente, haré los arreglos para pagar el monto debido.

Firma Cliente (o Representante Personal)

Nombre Impreso & Fecha



HEALTH INSURANCE CLAIM FORM

APPROVED BY NATIONAL UNIFORM CLAIM COMMITTEE (NUCC) 02/12

CARRIER

<input type="checkbox"/> PICA <input type="checkbox"/> PICA																																															
1. MEDICARE <input type="checkbox"/> (Medicare#) MEDICAID <input type="checkbox"/> (Medicaid#) TRICARE <input type="checkbox"/> (ID#/DoD#) CHAMPVA <input type="checkbox"/> (Member ID#) GROUP HEALTH PLAN <input type="checkbox"/> (ID#) FECA BLK/LUNG <input type="checkbox"/> (ID#) OTHER <input type="checkbox"/> (ID#)						1a. INSURED'S I.D. NUMBER (For Program in Item 1)																																									
2. PATIENT'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial)						3. PATIENT'S BIRTH DATE MM DD YY			SEX M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>																																						
5. PATIENT'S ADDRESS (No., Street)						6. PATIENT RELATIONSHIP TO INSURED Self <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>			7. INSURED'S ADDRESS (No., Street)																																						
CITY				STATE		CITY				STATE																																					
ZIP CODE			TELEPHONE (Include Area Code) ()			ZIP CODE			TELEPHONE (Include Area Code) ()																																						
9. OTHER INSURED'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial)						10. IS PATIENT'S CONDITION RELATED TO:						11. INSURED'S POLICY GROUP OR FECA NUMBER																																			
a. OTHER INSURED'S POLICY OR GROUP NUMBER						a. EMPLOYMENT? (Current or Previous) <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO						a. INSURED'S DATE OF BIRTH MM DD YY SEX M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>																																			
b. RESERVED FOR NUCC USE						b. AUTO ACCIDENT? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO PLACE (State) _____						b. OTHER CLAIM ID (Designated by NUCC)																																			
c. RESERVED FOR NUCC USE						c. OTHER ACCIDENT? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO						c. INSURANCE PLAN NAME OR PROGRAM NAME																																			
d. INSURANCE PLAN NAME OR PROGRAM NAME						10d. CLAIM CODES (Designated by NUCC)						d. IS THERE ANOTHER HEALTH BENEFIT PLAN? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <i>If yes, complete items 9, 9a, and 9d.</i>																																			
12. PATIENT'S OR AUTHORIZED PERSON'S SIGNATURE I authorize the release of any medical or other information necessary to process this claim. I also request payment of government benefits either to myself or to the party who accepts assignment below.												13. INSURED'S OR AUTHORIZED PERSON'S SIGNATURE I authorize payment of medical benefits to the undersigned physician or supplier for services described below.																																			
SIGNED _____						DATE _____						SIGNED _____																																			
14. DATE OF CURRENT ILLNESS, INJURY, or PREGNANCY (LMP) MM DD YY QUAL _____						15. OTHER DATE QUAL _____ MM DD YY						16. DATES PATIENT UNABLE TO WORK IN CURRENT OCCUPATION FROM MM DD YY TO MM DD YY																																			
17. NAME OF REFERRING PROVIDER OR OTHER SOURCE						17a. _____						18. HOSPITALIZATION DATES RELATED TO CURRENT SERVICES FROM MM DD YY TO MM DD YY																																			
17b. NPI _____						20. OUTSIDE LAB? \$ CHARGES <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO						22. RESUBMISSION CODE ORIGINAL REF. NO.																																			
19. ADDITIONAL CLAIM INFORMATION (Designated by NUCC)												23. PRIOR AUTHORIZATION NUMBER																																			
21. DIAGNOSIS OR NATURE OF ILLNESS OR INJURY Relate A-L to service line below (24E) ICD Ind. _____												24. A. DATE(S) OF SERVICE																																			
A. _____			B. _____			C. _____			D. _____			E. _____			F. _____			G. _____			H. _____			I. _____			J. _____																				
E. _____			F. _____			G. _____			H. _____			I. _____			J. _____			K. _____			L. _____			F. _____			G. _____			H. _____			I. _____			J. _____											
I. _____			J. _____			K. _____			L. _____			F. _____			G. _____			H. _____			I. _____			J. _____			F. _____			G. _____			H. _____			I. _____			J. _____								
MM DD YY			MM DD YY			MM DD YY			MM DD YY			MM DD YY			MM DD YY			MM DD YY			MM DD YY			MM DD YY			MM DD YY			MM DD YY			MM DD YY			MM DD YY			MM DD YY								
B. PLACE OF SERVICE			C. EMG			D. PROCEDURES, SERVICES, OR SUPPLIES (Explain Unusual Circumstances) CPT/HCPCS MODIFIER						E. DIAGNOSIS POINTER			F. \$ CHARGES			G. DAYS OR UNITS			H. EPSDT Family Plan			I. ID. QUAL.			J. RENDERING PROVIDER ID. #																				
1												NPI																																			
2												NPI																																			
3												NPI																																			
4												NPI																																			
5												NPI																																			
6												NPI																																			
25. FEDERAL TAX I.D. NUMBER SSN EIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						26. PATIENT'S ACCOUNT NO.						27. ACCEPT ASSIGNMENT? (For govt. claims, see back) <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO						28. TOTAL CHARGE \$						29. AMOUNT PAID \$						30. Rsvd for NUCC Use																	
31. SIGNATURE OF PHYSICIAN OR SUPPLIER INCLUDING DEGREES OR CREDENTIALS (I certify that the statements on the reverse apply to this bill and are made a part thereof.)												32. SERVICE FACILITY LOCATION INFORMATION												33. BILLING PROVIDER INFO & PH # ()																							
SIGNED _____												DATE _____												a. NPI _____						b. _____						a. NPI _____						b. _____					

PATIENT AND INSURED INFORMATION

PHYSICIAN OR SUPPLIER INFORMATION