



FORMULARIO PLANES MEDICOS FORM MEDICAL PLANS

Sección I / Section I

1. Nombre del Laboratorio: _____
2. Número de Cuenta: _____
3. Numero de NPI
Laboratorio: _____
4. Nombre del Paciente: _____
5. Numero de Asegurado
del Paciente: _____
6. Asegurado Principal: _____
7. Dirección: _____

8. Teléfono: _____
9. Fecha de Nacimiento: _____
10. Nombre del Medico: _____
11. Numero de Licencia: _____
12. Numero de UPIN y NPI: _____

Fecha de Servicio: _____

13. Pruebas Referidas:

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____
- e) _____

14. Diagnóstico: El Dx tiene que justificar la necesidad médica y tiene que estar en la orden médica. De lo contrario la prueba será facturada al Laboratorio que refiere.

- | | |
|----------|----------|
| a) _____ | f) _____ |
| b) _____ | g) _____ |
| c) _____ | h) _____ |
| d) _____ | i) _____ |
| e) _____ | j) _____ |

15. Firma del Paciente: _____

16. Nota: Todo caso de Facturación de Planes debe ser devuelto con este formulario en todas partes.

Sección II / Section II

Toda la información requerida debe ser enviada tan pronto se tome la muestra. Laboratorio Clínico M. Landrón, Inc. no aceptara documentos sometidos después de cinco (5) días de la fecha de servicio. / All required information must be sent as soon as the sample is taken. Landrón M. Clinical Laboratory, Inc. will not accept documents submitted after five (5) days of the date of service.

Laboratorio Clínico M. Landrón, Inc. no aceptará un ABN que no cumple con los requisitos federales establecidos. Los documentos devueltos porque el ABN no es válido, no podrán ser resometidos y usted será responsable del pago por los servicios prestados. / Landrón M. Clinical Laboratory, Inc. will not accept an ABN does not comply with established federal requirements. Returned documents that the ABN is not valid, may not be resometidos and you will be responsible for payment for services rendered

De tener alguna duda o pregunta, le pedimos que por favor se comunique directamente con el Departamento de Facturación al (787) 858-3835 Ext. 36 o 38.

Sección III / Section III

1. Le solicitamos que envíe la siguiente documentación para cada paciente:

- a) Elegibilidad del Paciente
- b) Formulario para Referir Pacientes para Facturar a Planes Médicos
- c) Forma 1500 debidamente completada y firmada por el paciente
- d) Orden Medica firmada por el medico
- e) Notificación Previa al Beneficiario del Plan (ABN) debidamente completada y firmada por el paciente
- f) Copia de tarjeta de Plan Medico
- g) Enviar documentos via fax al (787) 965-7405 o email coralis.torres@lablandron.com
- h) Pacientes de Medicare verificar que el médico que firma la orden este en Pecos.
- i) Pruebas especiales llamar para verificar si las cubre el Plan Médico.
- j) Paciente American Health enviar referido de ser necesario

2. Los Planes Médicos que aceptamos son:

- Triple S Advantage
- Palic
- Humana Health
- Humana Insurance
- Humana Gold Choice
- Humana Gold Plus
- First Plus
- First Medical
- Mapfre
- MCS
- MCS Classiccare
- Medicare
- MMM
- Asociacion de Maestros
- SSS Reforma
- SSS Privado
- IMC Reforma
- PMC Reforma
- MMM Reforma
- PMC

Sección III / Section III

Estimado Cliente:

Será su responsabilidad el pago de la factura si:

- El paciente no es elegible
- El diagnostico no justifica la necesidad medica
- El plan médico no es aceptado por el Laboratorio Landrón
- No hemos recibido los documentos requeridos para poder facturar al Plan Medico
- No cumple con las políticas y/o procesos de Facturación de cada Plan Médico. Para obtener información acerca de las políticas de facturación debe comunicarse directamente con el Plan Médico.

Toda la información requerida debe ser enviada tan pronto se tome la muestra. Laboratorio Clínico M. Landrón, Inc. no aceptara documentos sometidos después de cinco (5) días de la fecha de servicio. / All required information must be sent as soon as the sample is taken. Landrón M. Clinical Laboratory, Inc. will not accept documents submitted after five (5) days of the date of service.

Laboratorio Clínico M. Landrón, Inc. no aceptará un ABN que no cumple con los requisitos federales establecidos. Los documentos devueltos porque el ABN no es válido, no podrán ser resometidos y usted será responsable del pago por los servicios prestados. / Landrón M. Clinical Laboratory, Inc. will not accept an ABN does not comply with established federal requirements. Returned documents that the ABN is not valid, may not be resometidos and you will be responsible for payment for services rendered