



FORMULARIO PLANES MEDICOS

FORM MEDICAL PLANS

Revisado 02/18/2023 CMTO

Sección I / Section I

1. Nombre del Laboratorio: _____

Fecha de Servicio: _____

2. Número de Cuenta: _____

13. Pruebas Referidas:

3. Numero de NPI
Laboratorio: _____

a) _____

b) _____

4. Nombre del Paciente: _____

c) _____

d) _____

5. Numero de Asegurado
del Paciente: _____

e) _____

6. Asegurado Principal: _____

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) _____

7. Dirección: _____

c) _____ h) _____

8. Teléfono: _____

d) _____ i) _____

9. Fecha de Nacimiento: _____

e) _____ j) _____

10. Nombre del Medico: _____

15. Firma del Paciente: _____

11. Numero de Licencia: _____

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

12. Numero de UPIN y NPI: _____

Sección II / Section II

Toda la información requerida debe ser enviada tan pronto se tome la muestra. P.R. Clinical Reference Laboratory 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.

P.R. Clinical Reference Laboratory 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

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 médico.
- e) Orden Medica debe tener fecha.
- f) Notificación Previa al Beneficiario del Plan (ABN) debidamente completada y firmada por el paciente
- g) Copia de tarjeta de Plan Medico
- h) Enviar documentos via fax al (787) 680-0183 o email coralis.torres@lablandron.com
- i) Pacientes de Medicare verificar que el médico que firma la orden este en Pecos.
- j) Pruebas especiales llamar para verificar si las cubre el Plan Médico.

2. Los Planes Médicos que aceptamos son:

Triple S Advantage

Humana Health

Humana Insurance

Humana Gold Choice

Humana Gold Plus

First Plus

First Medical

Mapfre

MCS

MCS Classiccare Medicare

MMM

Asociacion de

MaestrosSSS 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 diagnóstico no justifica la necesidad medica
- El plan médico no es aceptado por el Laboratorio
- 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