

Crystal Run Healthcare

155 Crystal Run Road
Middletown, NY 10941
845-703-6999

Formulario de información del seguro sin culpa

Crystal Run Healthcare debe enviar la factura a su compañía de seguros sin culpa en un plazo de 45 días posteriores a su visita de hoy. Si no lo hace dentro de este periodo, su compañía de seguros sin culpa denegará la reclamación.

Envíe los formularios completados por correo postal, correo electrónico o fax. También puede devolver los formularios en la oficina de cualquier ubicación. Los formularios completados se pueden enviar por correo electrónico a NewInsurance@CrystalRunHealthCare.com o por fax al 845-796-5868. Si envía la información por correo postal debe ir **dirigida a la oficina administrativa de Ymonica S.** Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro Departamento de Facturación al 844-259-5944.

Se advierte que, si la información solicitada no se recibe en un plazo de cinco (5) días, el paciente será responsable de los cargos en los que incurra.

Complete los campos siguientes. Todos los campos a continuación son requeridos/obligatorios.

Fecha de hoy:	
Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento del paciente:
Fecha de la lesión:	Estado en el que ocurrió el accidente:
N.º de póliza del seguro sin culpa:	N.º de reclamo del seguro sin culpa:
Nombre de la compañía de seguros sin culpa:	
Número de teléfono de la compañía de seguros sin culpa:	Nombre del contacto de la compañía de seguros sin culpa:
Dirección de la compañía de seguros sin culpa:	
Nombre del titular de la póliza:	
Dirección del titular de la póliza:	

INTERNAL USE ONLY:

Encounter #: _____ Date of Service: _____

Crystal Run Healthcare

155 Crystal Run Road
Middletown, NY 10941
845-703-6999

Formulario de permiso del seguro sin culpa

Crystal Run Healthcare debe enviar la factura a su compañía de seguros sin culpa en un plazo de 45 días posteriores a su visita de hoy. Si no lo hace dentro de este periodo, su compañía de seguros sin culpa denegará la reclamación.

Envíe los formularios completados por correo postal, correo electrónico o fax. También puede devolver los formularios en la oficina de cualquier ubicación. Los formularios completados se pueden enviar por correo electrónico a NewInsurance@CrystalRunHealthCare.com o por fax al 845-796-5868. Si envía la información por correo postal debe ir dirigida a la **oficina administrativa de Ymonica S.**

Se advierte que, si la información solicitada no se recibe en un plazo de cinco (5) días, el paciente será responsable de los cargos en los que incurra.

Fecha de hoy:	
Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento del paciente:
Encuentro núm.:	

Crystal Run Healthcare solicitará el pago de su compañía de seguros sin culpa por los servicios proporcionados.

Al firmar a continuación, autorizo a Crystal Run Healthcare a cobrar a mi seguro de pago privado por cualquier saldo pendiente después de que mi compañía de seguros sin culpa haya pagado o denegado mi reclamo.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

FORMULARIO DE CESIÓN DE BENEFICIOS DE LA LEY DEL SEGURO
SIN CULPA DE VEHÍCULOS AUTOMOTORES DE NUEVA YORK

(PARA ACCIDENTES OCURRIDOS EL 3/1/02 Y POSTERIORMENTE)

Yo, _____, ("Cedente") por la presente cedo a Crystal Run Healthcare, ("Cesionario")
(Nombre del paciente en letra de molde) (Nombre del hospital o proveedor de atención médica en letra de molde)
todos los derechos, privilegios y recursos relacionados con el pago de los servicios de atención médica prestados
por el Cesionario a los que tengo derecho en virtud del artículo 51 (el estatuto de Sin Culpa) de la Ley de Seguros.

El Cesionario por la presente certifica que no ha recibido ningún pago de o en nombre del Cedente y renuncia a cualquier intento de
recuperar el pago directamente del Cedente por los servicios proporcionados por dicho Cesionario por lesiones sufridas debido al
accidente de vehículo automotor que ocurrió el _____, independientemente de cualquier otro acuerdo
(Fecha del accidente en letra de molde)
que disponga lo contrario.

Este acuerdo puede ser revocado por el Cesionario cuando los beneficios no sean pagaderos debido a la falta de
cobertura del Cedente y/o a la violación de una condición de la póliza debido a las acciones o conducta del Cedente.

CUALQUIER PERSONA QUE, A SABIENDAS Y CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR A UNA COMPAÑÍA ASEGURADORA O A
OTRA PERSONA, PRESENTE UNA SOLICITUD DE SEGURO COMERCIAL O UNA DECLARACIÓN DE RECLAMO POR
CUALQUIER BENEFICIO COMERCIAL O PERSONAL DE SEGURO QUE CONTENGA INFORMACIÓN ESENCIALMENTE FALSA O
QUE, CON EL PROPÓSITO DE ENGAÑAR, OCULTE INFORMACIÓN SOBRE CUALQUIER HECHO IMPORTANTE, Y CUALQUIER
PERSONA QUE, EN RELACIÓN CON DICHA SOLICITUD O RECLAMO, A SABIENDAS HAGA O A SABIENDAS AYUDE, INSTIGUE,
SOLICITE O CONSPIRE CON OTRO PARA HACER UNA INFORME DENUNCIA FALSA DE ROBO, DESTRUCCIÓN, DAÑO O
CONVERSIÓN DE CUALQUIER VEHÍCULO AUTOMOTOR A UNA AGENCIA ENCARGADA DEL CUMPLIMIENTO DE LA LEY, EL
DEPARTAMENTO DE VEHÍCULOS AUTOMOTORES O UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS, COMETE UN ACTO FRAUDULENTO EN
MATERIA DE SEGUROS, LO CUAL ES UN DELITO, Y TAMBIÉN ESTARÁ SUJETO A UNA MULTA CIVIL NO SUPERIOR A CINCO
MIL DÓLARES Y EL VALOR DEL VEHÍCULO AUTOM SUJETO O RECLAMO DECLARADO POR CADA VIOLACIÓN.

(Nombre del paciente en letra de molde)

(Firma del paciente)

(Fecha de la firma)

(Dirección del paciente)

Crystal Run Healthcare

(Nombre del proveedor en letra de molde)

(Firma del proveedor)

155 Crystal Run Road

Middletown, NY 10941

(Dirección del proveedor)

(Fecha de la firma)