

Eligibility Guarantee Form

ELIGIBILITY GUARANTEE FORM

Date

I, _____ hereby certify that I am eligible for Health Plan
Member Name

Coverage with _____ as of _____
Health Plan Name Month/Day/Year

through _____
Employer Group (if applicable)

I have chosen _____
Physician's Name

to be my Primary Care Physician.

I understand that if the above is not true or if I am not eligible under the terms of my Medical and Hospital

Subscriber Health Insurance Agreement, I am liable for all charges for the services rendered. In addition, if the above is not true, I agree to pay in full for all services received within 30 days of receiving a bill from the above noted medical provide.

Signature of Member (or Guardian)

Office Personnel

Printed Name of Member (or Guardian)

Forma de Garantía de Elegibilidad

FORMA DE GARANTÍA DE ELEGIBILIDAD

Fecha

El suscrito, _____ por este medio certifico que soy elegible para
Nombre del miembro

la cobertura del plan de atención médica de _____ a partir del _____
Nombre del Plan de atención médica Mes/Día/Año

A través de _____ He elegido a _____
Grupo empleador (si aplica) Nombre del médico

para que sea mi médico de cabecera.

Entiendo que si la información anterior es falsa, o si no soy elegible de conformidad con los términos de mi Contrato de seguro de atención médica y hospitales, seré responsable de pagar el costo de los servicios que haya recibido. Además, si la información anterior no es verdadera, acuerdo pagar el costo total de los servicios que reciba en un término de 30 días después de recibir la factura del proveedor médico arriba indicado

Firma del miembro (o Tutor)

Personal de la oficina

Nombre completo del miembro (o Tutor)