



Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_  
Empleado: \_\_\_\_\_  
No. De factura: \_\_\_\_\_  
Proveedor: \_\_\_\_\_

No. De Grupo: \_\_\_\_\_  
No. De Cuenta: \_\_\_\_\_  
Incurrido: \_\_\_\_\_  
Tarifa: \_\_\_\_\_

### Solicitud de Informacion

#### Tiene un Certificado de Cobertura Creíble de su plan anterior?

Por favor marque uno

\_\_\_\_\_ **Certificado de Cobertura Creíble esta adjunto** (Si su cobertura anterior duro menos de 12 meses antes de afiliarse en su plan actual, o si esa cobertura termino más de 63 días antes de afiliarse en su plan actual, por favor complete la porción de solicitud de Historia de Proveedor en esta forma. De lo contrario, por favor firme y ponga la fecha donde se indique y regrese a HealthComp).

\_\_\_\_\_ **No Cobertura anterior** (Si no tuvo cobertura anterior antes de afiliarse en su plan actual, por favor complete la porción de solicitud de Historia de Proveedor en esta forma, firme y ponga la fecha donde se indique y regrese a HealthComp).

### Solicitud de Historia de Proveedor

Por favor provea el nombre y dirección de cualquier proveedor del cuidado de salud que haya tratado al paciente en cualquier fecha durante el periodo de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_.

NOMBRE DEL PROVEEDOR\*

DIRECCION COMPLETA

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*Por favor incluya farmacias. Use páginas adicionales si son necesarias para alistar todos los proveedores.

Si el paciente no recibió tratamiento durante las fechas especificadas arriba, por favor indíquelo abajo.

**No recibí** tratamiento durante las fechas especificadas \_\_\_\_\_ (marque aquí si es aplicable)

Verifico que esta información es verdadera y precisa según mi leal saber y entender.

Por favor firme aquí \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_