



FORMA DE VERIFICACIÓN DE CONSULTA

Esta forma verifica que usted, el paciente, ha discutido cualquier cuidado de la especialidad con su doctor de la familia. Su doctor de la familia debe firmar y escribir la fecha en esta forma antes que usted reciba el cuidado de la especialidad y usted lo debe someter inmediatamente a nosotros para recibir los beneficios más altos bajo su plan. Una consulta de verificación se debe recibir dentro de 60 días de la visita inicial a un especialista para tener derecho a la consideración.

La forma se puede cargar en www.DocFirst.com o www.PrimarySelect.com

Complete esta forma antes de buscar el cuidado de un especialista.

envie forma a: DocFirst/Primary Select Fax forma a:
c/o LBA HealthPlans (410)427-3699
9475 Deereco Road, #408
Timonium, MD 21093

Todas las preguntas deben ser dirigidas a nuestro Centro del Cuidado del Cliente en: (800)793-9403 DocFirst, (800)815-8240 PrimarySelect

*Válido por 90 días de la fecha de Consulta Verificación
(Esta Consulta Forma de verificación puede ser válida hasta 1 año en la discreción del médico.)

LA INFORMACION DEL PACIENTE (COMPLETADO POR EMPLEADO/ASEGURO)

Nombre de paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____
El nombre del empleado: _____ SSN: _____ El empleador: _____
El nombre completo del Doctor de Familia: _____
La dirección del Doctor de Familia: _____
El número del teléfono del Doctor de la familia: _____

LA INFORMACION DE LA REFERENCIA (COMPLETADO POR DOCTOR DE FAMILIA)

La fecha de consulta de verificación (referencia): _____ *La Fecha de expiración del Consulta Verificación (referencia): _____
El nombre del Doctor/Grupo: _____
El nombre de la institución: _____
Dirección: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Numero del teléfono: _____
Diagnóstico/Condición: _____ ICD-9: _____
El servicio: La consulta (descripción) _____
 Cirugía
 Hospital ingreso
 Global OB/GYN y dar luz
 Otro _____
La Firma del Doctor de la Familia _____ Fecha _____
La identificación del impuesto del doctor de la familia _____

El pago de beneficios es con sujeción a una elegibilidad de miembro en la fecha que el servicio se rinde y a cualquier otras provisiones contractuales del plan/portador. (No es necesario adelantar una copia de esta forma de la referencia a su especialista.)

Blanco: Mande (fax) a DocFirst

Amarillo: Copia del Doctor de familia

Rosa: Copia del miembro