医疗保险资料
INSURANCE INFORMATION FORM

请花几分钟时间填写此表。所有提供的信息是完全保密的。 此资料只用为医疗保险的验证和计费。
Please take a few minutes to complete this form. All information provided is completely confidential. Thank you. We use this information only for medical insurance verification and billing.

患者姓名 PATIENT NAME：___________________ 日期 Date：______________________________

□ 我在我自己的保险计划中 (Own Plan) □ 我在别人的保险计划中 (Someone Else's Plan)

保险生效日期 DATE COVERAGE EFFECTIVE：____
投保人 NAME OF POLICY HOLDER：____
保单持有人的社会安全号码 POLICY HOLDER SSN：______________________________________

医疗保险公司名称 INSURANCE COMPANY NAME：_______________________________________
保单群组号码 GROUP NUMBER：____
保单编号 ID NUMBER：____
理赔联络地址 CLAIM FILING ADDRESS：____
城市 CITY：__________________________ 州 STATE：_______________ 邮政编码 ZIP：_______
理赔联络电话 PHONE：____
联系人姓名 CONTACT NAME：__________________ 电子邮件 e-MAIL：______________________
保险公司网站 PLAN WEB SITE：____

保险理赔授权
RELEASE OF INFORMATION AND ASSIGNMENT OF BENEFITS

通过在下面签字，我授权 「Fair Oaks 妇女诊所 」提供我的保险公司所有关於我的医疗保健和治疗的资料 。我也同意保险公司缴付医生所提供的医疗服务。我也了解，不管我的保险公司支付多少，我有个人义务支付所提供的医疗服务费用 。
By signing below, I authorize Fair Oaks Women's Health to furnish all necessary information to my insurance carrier(s) concerning my medical care and treatment. I also irrevocably assign to the doctor all insurance payments for medical services rendered and all major medical benefits. I understand that I am personally obligated to pay for all medical services rendered, regardless of whether or how much my insurance company has paid.

姓名 NAME：____ 日期 DATE：_______________

签名 SIGNARURE：____

保险验证：
____

____