

# CERTIFICACION DE COBERTURA DE SEGURO

## **Nota de Farmacia:**

El siguiente formulario es un documento requerido para las Clínicas Móviles de vacunación contra COVID-19 que no pueden procesar inmunizaciones utilizando la App de Servicios Clínicos.

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido del Paciente: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

## **Sección A: Cobertura de Seguro**

Por favor provea abajo toda la información de seguro que aplique. Si usted no tiene una cobertura de seguro activa, omita llenar la sección A y complete la sección B:

### **1 Información de Seguro de Farmacia:**

Proveedor del Seguro: \_\_\_\_\_ ID del Paciente: \_\_\_\_\_

Titular primario de la tarjeta (Y/N) \_\_\_\_\_ Número de Dependiente \_\_\_\_\_

BIN: \_\_\_\_\_ PCN: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

### **2 Información de Seguro Médico:**

Proveedor del Seguro: \_\_\_\_\_ ID del Paciente: \_\_\_\_\_

Grupo: \_\_\_\_\_ ID de quien paga: \_\_\_\_\_

### **3 Información de Seguro Medicare (TARJETA ROJA, BLANCA & AZUL):**

Nombre (como aparece en la tarjeta): \_\_\_\_\_

ID de Medicare #: \_\_\_\_\_

## **Sección B: No Cobertura de Seguro**

Complete la sección de abajo SOLO si usted no tiene cobertura de seguro activa.

El gobierno Federal se quiere asegurar de que todos los individuos puedan recibir la vacuna contra el COVID-19 sin importar su status de seguro de salud. Walmart está participando en el Programa COVID-19 de No Asegurados del gobierno Federal. Si usted no tiene Seguro, le estamos pidiendo que nos confirme esta situación para asegurarnos de presentar correctamente el reclamo por el servicio de su vacunación. Necesitaremos una de las siguientes formas de identificación:

**Numero de Licencia de Conducir:** \_\_\_\_\_ **ID emitido por el estado:** \_\_\_\_\_

- Declaro que no tengo cobertura de Seguro de ningún tipo incluyendo, pero no limitado a, Seguro Comercial, Medicare, o Medicaid.
- Entiendo que mi falta de seguro no me previene de recibir la Vacuna contra el COVID-19.
- Entiendo que no se me va a cobrar por la administración de la vacuna.
- Estoy de acuerdo con informar a mis farmacéuticos si estoy inscrito en Medicaid durante los próximos 30 días.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente