



# GENETIC COUNSELING BILLING FORM

## PATIENT INFORMATION (Please print legibly/Escribir legible)

Patient #: \_\_\_\_\_

last / apellido: \_\_\_\_\_ first / nombre: \_\_\_\_\_  Male  Female  
\_\_\_\_\_ Masculine Femenino \_\_\_\_\_

Date of Birth / Fecha de Nacimiento  
\_\_\_\_\_

Address / Domicilio: Numero y calle \_\_\_\_\_ Home Phone / Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Work Phone / No. de Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Referring Physician Name (First & Last) / Médico Remitente (nombre y apellido):  
\_\_\_\_\_

City/Ciudad \_\_\_\_\_ State/Estado \_\_\_\_\_ Zip/Zona Postal \_\_\_\_\_ Genetic Counselor \_\_\_\_\_ Date of Appointment \_\_\_\_\_

## PARTNER INFORMATION (if the patient is pregnant, then "partner" is the father of the pregnancy)

Last Names: \_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_  
Date of Birth (M/D/Y): \_\_\_\_\_ Occupation: \_\_\_\_\_

## CLIENT INFORMATION

Fort Worth Perinatal Associates  
Client/Sub Client #: 3204961320497

## BILLING INSURANCE INFORMATION / INFORMACIÓN DE SEGURO PARA COBRO

(Complete Section 1 if you are paying by cash OR Section 2 to have your insurance company billed.)  
(Lienar Sección 1 si pago es en dinero efectivo. Lienar Sección 2 si quiere que su cuenta sea enviada a su seguro medico.)

**SECTION 1:**

- Physician or Institution/Médico o Institución
- Medicare: (Copy of card required/Copia de la tarjeta)
  - Inpatient/Paciente hospitalizado
  - Outpatient/Paciente no hospitalizado
- Card # / # de la tarjeta: \_\_\_\_\_
- Medicare: (Copy of card required/Copia de la tarjeta)
- Card # / # de la tarjeta: \_\_\_\_\_
- State/Estado: \_\_\_\_\_
- California PNS Program
- Patient/Self-Pay/Cobro al paciente
- Payment Enclosed/Pago incluido

**\*Do not attach credit card information to this form**

**SECTION 2: Copy of Insurance card (front & back) required, attach copy of authorization If available.  
Copia de la tarjeta del seguro (parte delantera y posterior), adjuntar copia de la autorizacion si está disponible.**

- Insurance / PPO / Seguro
- Blue Cross / Blue Shield
- Medical Group / IPA\*  
Attach co-pay / Adjuntar co-pago
- HMO\*  
Attach co-pay / Adjuntar co-pago

\*Authorization#  
\* # de autorización

\_\_\_\_\_

Non-authorized services  
will be billed to the patient.

Servicios no autorizados  
serán cobrados a Usted.

Insurance Co Name/Nombre de la compañía de seguro:

Billing Address / Dirección de la compañía:

City, State, Zip/Ciudad, Estado, Zona postal:

Telephone # /# de teléfono:

Name of Insured / Nombre del asegurado:

Policy # / # de la póliza:

Group # / # del grupo:

Name of Employer / Nombre del empleador:

Relation to Insured / Parentesco con asegurado:

- Self / Asegurado
- Spouse / Conyuge
- Child / Hijola
- Other / Otro

The charge for these services is separate from any other tests or procedures. I authorize Integrated Genetics to furnish my designated insurance carrier any information concerning my services that is necessary for reimbursement. I also authorize benefits to be payable to Integrated Genetics. I understand that I am responsible for any amount not paid by insurance.

Many insurance carriers will pay only for services they deem to be reasonable and necessary or a covered service. If my insurance carrier determines that a particular service is not reasonable and necessary, my insurance carrier may deny payment. If my plan does not cover the genetic counseling or medical consult provided by Integrated Genetics, I agree to be responsible for full payment.

Signed: \_\_\_\_\_ Dated: \_\_\_\_\_

El cobro de estos servicios son aparte de cualquier otro examen o procedimiento. Yo autorizo que Integrated Genetics supla a mi seguro medico de cualquier información que sea necesaria para reembolso. Yo tambien autorizo que los beneficios sean pagados a Integrated Genetics. Yo entiendo que sat responsable por cualquier cantidad que no sea pagada por mi seguro medico.

Muchos seguros medicos solamente pagan por servicios que consideran razonables o necesarios. Si mi seguro detennina que algun servicio en particular no es considerado razonable o necesario, mi seguro medico puede negar pago. Si mi plan no cubre la charla con la consejera genetica o consulta medica provista por Integrated Genetics, yo accedo hacenne responsable porla cuenta en complete.

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

Integrated Genetics is a business unit of Esoterix Genetic Laboratories, LLC, a wholly-owned subsidiary of Laboratory Corporation of America Holdings.

© 2013 Laboratory Corporation of America © Holdings. All rights reserved.