



**MONROE COUNTY FIRE RESCUE
(305) 289-6010**



Please Sign and Return Form

MAIL: Attn: Billing Office

7280 Overseas Highway
Marathon, FL 33050

FAX: 305-289-6013

EMAIL: billing@monroecounty-fl.gov

PLEASE PROVIDE ALL INSURANCE INFORMATION

Primary Insurance Company _____ ID # _____

Insurance Customer Service Number (_____) _____ Group/Plan # _____

Claims Address _____

Secondary Insurance Company _____ ID # _____

Insurance Customer Service Number (_____) _____ Group/Plan # _____

Claims Address _____

Auto Insurance Company _____ Claim Adjuster Phone (_____) _____

Claim Adjuster Name _____ Claim Number _____

Policy Number _____

Work Related or Other Accident - Company Name _____

Insurance Company Phone Number (_____) _____

Claim Number _____ Policy Number _____

Attorney Name _____ Phone (_____) _____

Attorney Address _____

If you do not have Insurance

Please contact our Billing Office at 305-289-6010 for Payment Options

I acknowledge that I have been provided with a copy of Monroe County's Notice of Privacy Practices on this date.

I understand that I am financially responsible for the services provided to me by Monroe County Fire Rescue and/or Global Sky Aircharter Corporation d/b/a Trauma Star, regardless of my insurance coverage status.

I request that payment of authorized Medicare, Medicaid or other insurance benefits be made on my behalf to Monroe County Fire Rescue or Global Sky Aircharter Corporation for any services provided to me by Monroe County Fire Rescue or Global Sky Aircharter Corporation now, or in the future.

I agree to immediately remit to Monroe County Fire Rescue and/or Global Sky Aircharter Corporation any payments that I receive directly from any source whatsoever for the services provided to me by Monroe County Fire Rescue or Global Sky Aircharter Corporation now or in the future. I assign all rights and/or benefits to such payments to Monroe County Fire Rescue and/or Global Sky Aircharter Corporation for compensation of service provided to me now, or in the future.

I authorize and direct any holder of medical information or documentation about me to release such information to the Centers for Medicare and Medicaid Services and its carriers and agents, and/or Monroe County Fire Rescue and its billing agents, and/or any other payers or any other payers or insurers, as may be necessary to determine these benefits or other benefits payable for services provided to me by Monroe County Fire Rescue or Global Sky Aircharter Corporation.

Print Patient Name _____ **Date of Service** _____ **Run #** _____

Email _____

Signature of Patient or Authorized Representative

Date



**MONROE COUNTY FIRE RESCUE
(305) 289-6010**



Por favor firme y devuelva el formulario

CORREO : Atención: Oficina de Facturación

7280 Overseas Highway
Marathon, FL 33050

FAX: 305-289-6013

CORREO ELECTRÓNICO: billing@monroecounty-fl.gov

PROPORCIONE TODA LA INFORMACIÓN DEL SEGURO

Compañía de Seguros Primarios _____ ID # _____
Número de servicio al cliente del seguro (_____) _____ Grupo/Plan # _____
Dirección de reclamaciones _____

Compañía de Seguros Secundarios _____ ID # _____
Número de servicio al cliente del seguro (_____) _____ Grupo/Plan # _____
Dirección de reclamaciones _____

Compañía de Seguros de Automóviles _____
Teléfono ajustador de reclamaciones (_____) _____
Nombre del ajustador de reclamaciones _____
Número de reclamación _____ Número de la póliza _____

Trabajo relacionado u otro accidente - Nombre de la empresa _____
Número de teléfono de la compañía de seguros (_____) _____
Número de reclamación _____ Número de la póliza _____

Nombre del abogado _____ Teléfono (_____) _____
Dirección del abogado _____

Si no tiene Seguro

Póngase en contacto con nuestra oficina de facturación al 305-289-6010 para obtener opciones de pago

Reconozco que se me ha proporcionado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Condado de Monroe en esta fecha.

Entiendo que soy financieramente responsable de los servicios que me brinda Monroe County Fire Rescue y/o Global Sky Aircharter Corporation d/b/a Trauma Star, independientemente de la cobertura del seguro.

Solicito que el pago de Medicare autorizado, Medicaid o otros beneficios de seguro se haga en mi nombre a Monroe County Fire Rescue o Global Sky Aircharter Corporation para cualquier servicio que me proporcione Monroe County Fire Rescue o Global Sky Aircharter Corporation ahora, o en el futuro.

Acepto remitir inmediatamente a Monroe County Fire Rescue y/o Global Sky Aircharter Corporation cualquier pago que reciba directamente de cualquier fuente para los servicios que se me prestan de Monroe County Fire Rescue o Global Sky Aircharter Corporation ahora o en el futuro. Asigno todos los derechos y/o beneficios a dicho pago a Monroe County Fire Rescue y/o Global Sky Aircharter Corporation para la compensación del servicio que se me brindó ahora o en el futuro. Asigno todos los derechos y/o beneficios a dicho pago a Monroe County Fire Rescue y/o Global Sky Aircharter Corporation para la compensación del servicio que se me brindó ahora o en el futuro.

Autorizo y ordeno a cualquier titular de información médica de la documentación sobre mí que divulgue dicha información a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y sus transportistas y agentes, y/o Monroe County Fire Rescue y/o Global Sky Aircharter Corporation y sus agentes de facturación, y/o cualquier otro pagador o cualquier otro pagador o aseguradora, según sea necesario para determinar estos beneficios u otros beneficios pagaderos por los servicios que me proporcionó Monroe County Fire Rescue y/o Global Sky Aircharter Corporation.

Imprimir el nombre del paciente _____ **Fecha de servicio** _____ **Ejecutar #** _____

Correo Electrónico _____

Firma del Paciente o Representante Autorizado

Fecha