



PROGRAMA DE VALES LABCORP

Concertar una cita

Visite un centro local de LabCorp para completar su cribado con pruebas de laboratorio. Es muy recomendable que programe una cita antes de ir. Siga las siguientes instrucciones para programar su cita en un centro local de LabCorp.

Concierte una cita por teléfono:

- Llame al 1-888-522-2677 para concertar una cita por teléfono

Pida cita en línea:

1. Visite LabCorp en línea en www.labcorp.com
2. Haga clic en Buscar un laboratorio
3. Introduzca su código postal para acceder a una lista de laboratorios locales
4. Seleccione Programar una cita en el laboratorio de su elección
 - Motivo de la prueba - Bienestar del empleado con medición corporal
 - ¿Va a ayunar? - Sí
 - Seleccione una fecha y hora
 - Haga clic en Continuar y finalice su cita

Qué llevar a la cita

1. Por favor traiga el Vale de Laboratorio que se adjunta en la página 2 de este documento. **El comprobante de laboratorio debe ser completado antes de su cita e incluir su nombre completo, sexo y fecha de nacimiento.**
2. Documento de identidad oficial con **fotografía***.

*Es muy importante que usted traiga estos dos artículos con usted cuando usted llega en LabCorp. Si usted llega a su cita con un vale en blanco y la información requerida no completada, usted puede ser rechazado y no puede terminar su investigación. Por favor ayune (no coma) por nueve (9) horas antes de su cita. Beba **MUCHA AGUA** y siga tomando los medicamentos que le hayan recetado. *Si es diabético, consulte a su médico antes de ayunar.*

Nota: LabCorp enviará directamente a Wellworks For You los resultados de su análisis. Espere dos (2) semanas para que sus resultados se carguen en el portal Wellworks Wellness Portal. Puede ver su progreso hacia la participación en el Programa de bienestar en Mis próximos pasos en la página de inicio de su Portal de bienestar.

Iniciativas del Centro de Atención al Paciente para proteger a las comunidades

Para garantizar la salud de sus pacientes, empleados y la comunidad en general, LabCorp ha tomado una serie de medidas en respuesta al brote de coronavirus (COVID-19) para seguir las directrices de los CDC, incluyendo el distanciamiento social y el aumento de la higiene en casi 2.000 centros de servicio al paciente en los Estados Unidos. Para ver información adicional sobre lo que LabCorp está haciendo para garantizar la salud y la seguridad de sus pacientes, visite su sitio web en www.labcorp.com.

*Tenga en cuenta que no existe una versión en español del vale. Este vale está en inglés, y usted se lo dará al empleado de LabCorp durante su visita.



To find the nearest patient service center, visit www.Labcorp.com or call 888-Labcorp (888-522-2677).

Myers Industries, Inc c/o Wellworks for You
LABCORP WELLNESS VERIFIED
 70 E. Lancaster Ave.
 Frazer PA 19355
 800-425-4657

Send additional copy of report to:
 Fax
 Call
 Client Number/Physician's Name _____ Phone/Fax Number _____ 0703.33

ENTER ONLY THE ACCOUNT NUMBER CIRCLED

LABCORP ACCOUNT NUMBER: **37252625**

CIRCLE ONE:
 1174675565-Kropp,
 Dennis W.

CHECK ONE:
 ACCOUNT BILL

Patient's Legal Name (Last, First, MI)		Sex	Date of Birth MO DAY YR			Collection Time AM <input type="checkbox"/> Yes PM <input type="checkbox"/> No	Fasting <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Collection Date MO DAY YR	Urine hrs/vol hrs ____ vol ____
NPI	Physician's ID #	Patient's ID #		Hospital Patient Status: <input type="checkbox"/> In-Patient <input type="checkbox"/> Out-Patient <input type="checkbox"/> Non-Patient					
Physician's Name (Last, First)		Physician/Authorized Signature X			Patient's Address		Phone		
Diagnosis/Signs/Symptoms in ICD-CM format in effect at Date of Service Highest Specificity REQUIRED					City		State		ZIP
Name of Policy Holder (if different from patient)					Address of Policy Holder		APT #		
City					State		ZIP		
hereby authorize the release of medical information related to the service described herein and authorize payment directly to Labcorp. I agree to assume responsibility for payment of charges for laboratory services that are not covered by my healthcare insurer.					Patient's Signature X		Date		
MEDICARE ADVANCE BENEFICIARY NOTICE OF NONCOVERAGE (ABN)									
Refer to Determining Necessity of ABN Completion on reverse.									

PRIMARY BILLING PARTY	SECONDARY BILLING PARTY
Insurance Carrier *	Insurance Carrier *
ID #	ID #
Group #	Group #
Insurance Address	Insurance Address
Name of Insured Person	Name of Insured Person
Relationship to Patient	Relationship to Patient
Employer Name	Employer Name
*If Medicaid State	Physician's Provider #
	Workers Comp <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

LABCORP USE ONLY	STAT	VENIPUNCTURE	NON LABCORP	VERBAL ORDER	CHART ORDER	HANDWRITTEN	24 HR TUV	PST/PSC #
	<input type="checkbox"/> 998074	<input type="checkbox"/> 998085	<input type="checkbox"/> 998239	<input type="checkbox"/> 998250	<input type="checkbox"/> 998261	<input type="checkbox"/> 998272	<input type="checkbox"/> 998283	

101300 - Biometrics

262204 - LP+Glu

PLEASE PRINT

PLEASE PRINT

ORIGINAL-LABORATORY / COPY-LABORATORY / COPY-CLIENT

NOTE: WHEN ORDERING TESTS FOR WHICH MEDICARE OR MEDICAID REIMBURSEMENT WILL BE SOUGHT, PHYSICIANS SHOULD ONLY ORDER TESTS THAT ARE MEDICALLY NECESSARY FOR THE DIAGNOSIS OR TREATMENT OF THE PATIENT. LISTED ABOVE ARE THE CUSTOMIZED PROFILES YOU HAVE SPECIFICALLY REQUESTED FROM LABCORP. THE INDIVIDUAL COMPONENTS HAVE BEEN DISCLOSED TO YOU AND THEY MAY ALSO BE ORDERED INDIVIDUALLY IN THE SPACE ABOVE. COMPONENTS AND BILLING CODES FOR NON CUSTOMIZED TEST PROFILES ARE LISTED ON REVERSE. COMPONENTS MAY BE BILLED SEPARATELY IN ACCORDANCE WITH CARRIER POLICIES.

8810065717 RB/Donnelley ©2021. All rights reserved. — 0021

ITEM # 056508 FORM # 0703 (UNIVERSAL FREEFORM 07)

© 2021 Laboratory Corporation of America® Holdings (REV 01/07/2021)