



Autorización para Facturar

Confirmando que la presente dirección, número de teléfono y los datos del garante y de la aseguradora son correctos. Autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente al proveedor de atención médica. Tengo la obligación financiera de cubrir el saldo pendiente. También autorizo al proveedor de atención médica o a la aseguradora a divulgar la información necesaria para esta reclamación.

MEDICARE: Comprendo que mi proveedor está de acuerdo en aceptar el pago autorizado por Medicare como cargo completo y que yo tengo la obligación de cubrir solamente el deducible, el coaseguro y los servicios no cubiertos.

Firma solicitada por FCN para facturar.

Nombre del paciente en letra de molde

Fecha de nacimiento

Firma del paciente o del representante legal

Fecha

Hora

Nombre en letra de molde (si se firmó en su representación)

Relación (padre, madre, tutor legal, representante personal)