

Autorización para Facturación

Firmela y devuelvala por Fax: 1-305-576-7222
Línea de Ayuda a los Médicos: 1-877-319-9302

Se requiere de este importante formulario para facturar en su nombre. Por favor recuerde firmarlo, fecharlo y devolverlo inmediatamente.

Mi firma y la fecha en el recuadro de abajo autoriza a cada uno de los siguientes:

- 1.** Facturación directa a Medicare, Medicaid, Medicare suplementario u otra compañía aseguradora (s) en mi nombre.
- 2.** La divulgación de mi información médica a Medicare, Medicaid, Medicare Suplementario o a otros emisores y sus agentes y cesionarios.
- 3.** Medico Express y / o cualquiera de sus empresas afiliadas a obtener información médica o de cualquier otro tipo, necesaria para procesar mi reclamación (nes), incluyendo la determinación de elegibilidad y obtener reembolsos por suministros médicos y / o medicamento (s) que se proveen.





Al firmar aquí, usted está autorizando a Medico Express a contactarlo a usted por teléfono.

Mes / Día / Año

Yo autorizo a Medico Express, y / o cualquiera de sus empresas afiliadas a facturar directamente a Medicare, Medicaid, Medicare Suplementario, u otra aseguradora (s) en mi nombre, para los suministros médicos y / o los medicamentos que me ha proporcionado Medico Express y asigno mi derecho a los beneficios de dichas aseguradoras a Medico Express. Yo autorizo a cualquiera de los poseedores de información médica sobre mí, a divulgarla a Medico Express, mi (s) médico (s), cuidador, CMS, sus agentes y a mi seguro primario y / o cualquier otro seguro médico, toda la información necesaria para determinar o asegurar información para elegibilidad y / o el reembolso por los servicios cubiertos.

Su número de teléfono: (____) _____

Su número de Medicare: ---

Su correo electrónico: _____

Su asegurador: _____ Número de Póliza: _____

(Otro distinto o además de Medicare)

Teléfono del asegurador: (____) _____

Nombre: _____

Prospect ID:

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____