

AUTHORIZACION PARA LITIGAR

Fecha: _____

Nombre de Paciente: _____

SSN #: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la Campania de seguro: _____

Yo, autorizo al proveedor mencionado abajo, y miembros de su gabinete a enviar las factures por los servicios recibidos por mi persona. Yo, entiendo que habran circunstancias en las que estas fracturas no podran ser enviadas al seguro y sera mi responsabilidad el litigar estas factures directamente con la compania de seguro. Esta autorizacion estara vigente desde el dia en que sea firmado. Si deseo revocar mi autorizacion el proveedor debe ser notificado por escrito.

Firma de persona que apaence en la poiza

Numero social de la persona que aprece en la poliza

Fecha de nacimiento

Fecha de hoy

Proveedor(es): **DR's. C.Smith; M.Oz; Y.Naka; M.Argenziano; H. Spotnitz; H.Takayama;Isaac George,Syed T. Raza, E.Weiss, Barry Esrig,Deane Smith,Takashi Nishimura, Koji Takeda,PA's- Thomas Cosola, R-PA; M.Flannery, FNP; R.Te-Frey, FNP; J.Murphy; K.Orlanes,E. Simonich, M.Finelle Torres, M. Tiburcio; Dana Reed ACNP.**