

Relevo de Responsabilidad

Numero de Identificación Medicare

Nombre del Afiliado

Proveedor

Fecha de Servicio

Plan Medico

Por este medio, renuncio a cualquier derecho a cobrar pago alguno a asegurado de referencia por los servicios antes mencionados, los cuales el pago ha sido denegado por el plan de salud arriba mencionado. Entiendo que la firma de este relevo de responsabilidad no niega mi derecho a solicitar otra apelación bajo 42 CFR 422.600.

Firma

Fecha