

Relevo de Responsabilidad

Número de contrato

Nombre del Afiliado

Proveedor

Fecha de Servicio

Plan Médico

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

CONFIDENTIALITY NOTICE: This message (and its attachment) is intended exclusively for the use of the person or entity to whom it is addressed and may contain confidential and / or legally protected information. If it is not indicated, you are notified that the use, disclosure, or distribution of its content is strictly prohibited. If you have received this message in error, please notify contact listed in this document and destroy the original message and all copies of it.