

# Jan David Tepper, D.P.M., Inc.

## PATIENT'S INSURANCE AUTHORIZATION

Autorizo el tratamiento de los seguros médicos ya sea por método manual o por el proveedor de listados a continuación. Mi firma autoriza pago de todos los médicos y/o beneficios quirúrgicos a que tengo derecho del asegurador enumerado a continuación para pagar el cesionario proveedor lista. Además autorizo al cesionario toda información de reclamación médica o seguros necesarios para garantizar el pago. Reconozco mi obligación financiera de cualquier coaseguro o deducibles y no cubre servicios que pueden necesitar. Este acuerdo permanecerá en vigor hasta revocado por mí en la escritura. Una copia de este documento se considera tan válida como el original.

Nombre de paciente

Firma de paciente

Nombre de proveedor

**Jan David Tepper, DPM**

Dirección

**984 West Foothill Blvd. Suite B**

Ciudad

Estado

Código Postal

**Upland**

**California**

**91786**

Compañía de seguros del paciente

Numero de póliza

Número de grupo de póliza

Fecha