

Jan David Tepper, D.P.M., Inc.
MEDICARE SIGNATURE ON FILE

Solicito hacer pago de los beneficios de Medicare autorizados en mi nombre Jan D. Tepper, DPM servicios había amueblado me por el indicado médico/proveedor. Autorizo a cualquier sostenedor de la información médica acerca de mí para liberar a Medicare y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos a servicios relacionados.

Solicito pago de beneficios Medigap autorizadas a este proveedor y también autorizar cualquier titular de la información médica acerca de mí para que vuelva a la a continuación llamado asegurador Medigap cualquier información necesaria para determinar los beneficios pagaderos por los servicios de este proveedor .

Entiendo mi firma a continuación pide que pagar y autoriza liberación de información médica necesaria para pagar la reclamación. Si "otro seguro de salud" está indicado en el bloque 9 del formulario HCFA-1500 o en otra parte en otro aprobado formularios de reclamación o reclamaciones presentadas electrónicamente, mi firma autoriza liberación de la información a la aseguradora o la agencia se muestra. En Medicare asignado casos, el proveedor o el proveedor se compromete a aceptar la determinación de la carga del portador de Medicare como la carga completa y el paciente es responsable sólo por los servicios no cubiertos, deducible y coaseguro. Coaseguro y el deducible se basan en la determinación de cargo del contratista de Medicare.

Nombre de paciente

Firma de paciente

Número de Medicare del paciente

Número del proveedor

Jan David Tepper, DPM

Dirección

984 West Foothill Blvd.

Suite B

Ciudad

Upland

Estado

California

Código Postal

91786

Nombre del asegurador Medigap

Numero de poliza Medigap