



¡Importante!

Debe devolver este formulario **firmado y fechado** antes de que enviemos su próximo pedido. Este formulario permitirá a Home Care Delivered facturar a su proveedor de seguros en su nombre.

Enviar por correo postal a:

Home Care Delivered, Inc.
PO Box 4350
Glen Allen, VA 23058



Enviar un fax al:

(800) 716-9586



Enviar un correo electrónico a:
AOB@HCD.com

(¡Se aceptan fotos nítidas!)

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DEBE SER SUMINISTRADA POR EL PACIENTE O POR EL REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL PACIENTE

Asignación de beneficios / Divulgación de información médica

Al firmar abajo, autorizo que el pago de mis beneficios de seguro (Medicare, Medicare Supplement u otro) se haga a Home Care Delivered, Inc. en concepto de los suministros o servicios que me proporcionó Home Care Delivered, Inc. Entiendo que soy responsable del pago de todas las cantidades que no estén cubiertas por mi seguro. Autorizo a todo aquel que tenga mi información médica a brindar a Home Care Delivered, Inc. toda la información necesaria para determinar los beneficios a pagar por estos suministros o servicios. Además, autorizo a Home Care Delivered, Inc. a divulgar mis expedientes médicos tanto a aseguradoras como a profesionales médicos. Autorizo a Home Care Delivered, Inc. a contactarme por teléfono, correo electrónico o correo postal con respecto a mis suministros médicos.

Nombre del cliente (letra de imprenta): _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ N.º de cuenta: _____
MM DD AA

Si el cliente firmó con una "x" debido a una barrera del idioma o una limitación física, debe ingresarse la firma y la dirección del testigo junto a la marca del cliente.

Fecha de hoy → ____ / ____ / ____ N.º de teléfono del cliente → ()
MM DD AA

Firma del cliente → _____

SECCIÓN DEL REPRESENTANTE DEL CLIENTE *(Completar solamente si el cliente no puede firmar en el espacio de arriba)*

Si el paciente no puede firmar debido a un impedimento físico o mental, un representante autorizado del paciente debe completar la siguiente sección. Al firmar en nombre del paciente, usted reconoce que tiene la debida autorización para hacerlo.

Fecha → ____ / ____ / ____ Firma del representante autorizado → _____
MM DD AA

Nombre del representante autorizado: _____

Dirección del representante autorizado: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Relación del representante autorizado con el paciente: _____

¿Cuál es la razón física o mental por la que el paciente no puede firmar?: _____