

Verificación de consulta médica

Accessia Health exige la información que se indica a continuación para justificar la solicitud de pago del paciente. Un miembro del personal del consultorio del proveedor debe completar y firmar el formulario. Envíe el formulario completo a Accessia Health cargándolo de forma segura al portal, enviándolo por correspondencia, correo electrónico a assistance@accessiahealth.org, o por fax al 804-744-9388.

Parte A: Información sobre la consulta del paciente *(A completar por el proveedor)*

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ ID del paciente o últimos 4 dígitos del n.º seg. soc.: _____

Fecha de la consulta: _____

Diagnóstico relacionado: _____

Medicamento relacionado (si corresponde): _____

Parte B: Información y certificación del proveedor *(letra de imprenta)*

Nombre del proveedor: _____

Nombre del centro o de la clínica: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Nombre de la persona que completa este formulario: _____

Cargo de la persona que completa este formulario: _____

Al firmar este formulario, certifico que la información indicada anteriormente es correcta.

Firma de la persona que completa el formulario: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Here for Good.

Accessia Health, antes llamado Patient Services, Inc.

P.O. Box 5930 / Midlothian, VA 23112 / 800-366-7741 / AccessiaHealth.org