

Provider ID Group #: _____

Primary Coverage Member ID: _____

Secondary Coverage Member ID: _____

Soy un recipiente de asistencia médica, Yo certifico que he recibido un servicio o un artículo en la fecha que se indica a continuación. Entiendo que el pago por este servicio o elemento se realizara con fondos federales y estatales, y que cualquier afirmación, declaraciones o documentos falsos u ocultamiento de información puede ser procesado bajo las Leyes Federales y Estatales aplicables.

Firma del paciente o Individuo autorizado

Fecha

Hora

Imprima Nombre del paciente o Individuo autorizado

Relación con el paciente

Si es firmado por el Individuo autorizado, dar la razón por la cual no firma el paciente:

Incompetente Inconciente Menor Otro _____

**MEDICAL ASSISTANCE
VERIFICATION**