

### 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](mailto: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: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_