



CONE HEALTH

Rehabilitation

He recibido notificación del Centro de Rehabilitación del Cone Health de que es probable que mi seguro niegue el pago por este servicio.

En la fecha de _____ . Acepto personal y absolutamente la responsabilidad del pago en el momento en que reciba esto servicios o al final del ciclo de facturación.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____

Numero de seguro social: _____

Fecha: _____

Testigo: _____