



Exención de Responsabilidad

Número Medicare/HIC

Nombre del Afiliado (a)

Proveedor

Fecha de Servicio

Plan de Salud

Con el fin de cumplir con CMS, Centro de Servicios de Medicare y Medicaid, apreciamos si usted lee, firma y envía esta carta dentro de los 30 días calendario al Departamento de Apelaciones y Querellas. Evaluaremos su caso dentro de los siguientes 60 días calendario una vez que esta carta sea recibida. Lea detenidamente el siguiente párrafo.

Por la presente, renuncio a cualquier derecho a cobrar el pago a la persona inscrita arriba mencionado y por los servicios antes indicado, para los que el pago ha sido denegado por MMM Healthcare,LLC. Yo entiendo que la firma de esta renuncia, no niega mi derecho a solicitar una apelación bajo 42 CFR §422.600.

Firma

Fecha

Referencia: CMS Medicare Managed Care Manual Capítulo 13 Apéndice 7- Renuncia a la Declaración de responsabilidad (Rev. 105, Publicado: 04-20-2012, fecha de vigencia: 04-20-1; Implementación Fecha: 04-20-2012)