**CFSE 06-070**
(CFSE - 0599)
Abril/2015

CORPORACIÓN DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO
FINANZAS
**FACTURACIÓN POR SERVICIOS MÉDICOS PRESTADOS**

Contrato Número: | Vigencia de Contrato: Desde: día: Mes: Año: Hasta: día: Mes: Año: | Factura Número: | Página Número: de

**CORPORACION DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO**

**FINANZAS - OFICINA DE PAGOS POR SERVICIO MÉDICOS**

**PROVEEDOR**

Oficina de _____

Servicos de _____

Prestados durante el mes de: _____ de: _____

Nombre de Institución o Médico

Dirección Postal Solamente

Pueblo | Zip Code

Número de Seguro Social: Patronal ☐ Individual ☐

**PER DIEM $**

**ESTRUCTURA DE CUENTAS**

| Compañía | Cuenta | Año | Programa | Región | Centro Costo | Importe |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| NUMERO DE CASO | | | | NOMBRE DEL LESIONADO | | Número de Orden | Fecha Servicio | | | Fecha Admisión | | | Fecha de Alta | | | Dias Hospitalizado | DESCRIPCION DEL SERVICIO | Cantidad | Código | Importe por Servico | TOTAL POR CASOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Año | Disp. | Número | D/C | Apellidos | Nombre | | Dia | Mes | Año | Dia | Mes | Año | Dia | Mes | Año | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0.00 |

**DIVISION DE CUENTAS A PAGAR SERVICIOS DIRECTOS AL LESIONADO**

**TOTAL DE DIAS HOSPITALIZADOS:** ➡ **0**

☐ **OFICINA REGIONAL DE:** _____

☐ **HOSPITAL INDUSTRIAL**

**PROVEEDOR**

Total de esta Página: $ -

Total Hojas de Continuación: $ -

**GRAN TOTAL: $ -**

CERTIFICO que las cantidades aqui reclamadas están de acuerdo con los contratos y tarifas en vigor; que la información es correcta de acuerdo con las ordenes de servicios y evidencia sometida, que los cálculos están correctos.

Fecha (día - mes - año) | Nombre (Legible) y Firma de: Auxillar Fiscal o su Representante Autorizado

CERTIFICO que he corroborado que los servicios que aqui se detallan por servicio al lesionado, están correctos y que fueron prestados según ordenados y autorizados por esta Oficina Regional u Hospital Industrial. El pago de las mismas no ha sido autorizado previamente.

Fecha (día - mes -año) | Nombre (Legible) y Firma, Director Médico o su Represente Autorizado

CERTIFICO que los servicios arriba mencionados han sido prestados a los pacientes en el tiempo y fecha arriba indicados y que el pago de los mismos no se ha efectuado.

Fecha (día - mes - año) | Nombre (Legible) y Firma del Proveedor

**IMPORTANTE: PROVEEDOR: INCLUYA SOLAMENTE DIRECCION POSTAL PARA ACELERAR EL PAGO.**

**FAVOR DE LLENAR ESTE FORMULARIO EN TODAS SUS PARTES**

**DIVISION DE CONTABILIDAD**

Este documento se regirá por la Política de Privacidad y Confidencialidad de la Información Protegida de Salud del Lesionado/Paciente y de las transacciones electrónicas, según lo dispone la Ley HIPAA.