ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Por este medio asigno todos los beneficios médicos y/o quirúrgicos a los que yo tenga derecho de un plan de seguro a CENTER FOR VEIN WELLNESS. Esta asignación tendrá efecto hasta que sea revocado por mí por escrito. Entiendo que soy financieramente responsables por todos los cargos ya sea o no pagados por dicho seguro. Por este medio autorizo a dicho asignado a liberar toda la información necesaria para asegurar el pago de beneficios.

_____ _____

Firma del Paciente/ Firma del Asegurado Fecha

ASIGNACIÓN MEDICARE ***Si tiene Medicare, por favor firme lo siguiente*

Solicito que el pago de beneficios autorizados de Medicare sea hecho en mi nombre a CENTER FOR VEIN WELLNESS por cualquier servicio proporcionado por mí por ese médico o proveedor. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí para liberarlo a Centros para Medicare y Servicios Medicaid y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios pagaderos a los servicios relacionados. Entiendo que mi firma solicita que se haga el pago y autoriza la divulgación de la información médica necesaria para pagar el reclamo. Si otra cobertura de seguro de salud se indica en CMS1500 o cualquier formulario de demanda generado electrónicamente, mi firma autoriza la divulgación de la información a la compañía de seguros o agencia mostrada. En los casos asignados de Medicare, el médico o el proveedor se compromete a aceptar el cargo determinado por la agencia de Medicare como el cargo completo, y el paciente es responsable sólo por el deducible, coaseguro, y servicios no cubiertos. El Coaseguro y deducible están basados sobre la determinación del cargo del portador de Medicare.

_____ _____

Firma del Paciente/ Firma del Asegurado Fecha

Si la firma es de alguien que no sea el paciente, por favor escriba el nombre del paciente seguido de la firma de la persona que firma, y complete lo siguiente:

Nombre y dirección del firmante _____

_____

Relación con el Paciente_____

Razón por la que el paciente no puede firmar _____