

Acuerdo paciente y firma

_____, El paciente nombrado abajo o representante del paciente, entiendo que soy financieramente responsable de a CNMRI, PA gastos no cubiertos por las compañías de seguros médicas (s). autorizo el pago de las prestaciones médicas directamente a CNMRI, PA y sus médicos en mi favor por los servicios prestados al yo o dependiente. Además autorizar la entrega de información a cualquier pagador tercero proporciona beneficios o revisar su utilización designado agente para esto o un reclamo relacionado y copia de esta autorización para ser utilizado en lugar del original, ya sea manual o electrónico.

____ASIGNACIÓN de pacientes de MEDICARE de beneficios y autorización para divulgar información: solicito hacer pago de los beneficios de Medicare autorizados en mi nombre a CNMRI, PA y sus médicos. yo autorizo a cualquier sostenedor de la información médica acerca de mí para liberar a los centros para Medicare y servicios de Medicaid (antes salud financiamiento administración) y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios por pagar por servicios relacionados. Entiendo mi firma a continuación pide que pagar y autoriza liberación de información médica necesaria para el pago de la reclamación. Si otro seguro de salud aparece en artículo 9 de la forma HCFA 1500 o en otro lugar en otro aprobado formularios de reclamación, mi firma autoriza a compartir la información para el seguro o la agencia se muestra. CNMRI, PA acepta la determinación de la carga del portador de Medicare como la carga completa, y soy responsable sólo el deducible, coaseguro y servicios no cubiertos. Coaseguro y deducible se basan en la determinación de cargo del contratista de Medicare.

____Entiendo y acepto, independientemente de mi condición de seguro, yo soy responsable por el saldo de mi cuenta para los servicios profesionales prestados. He revisado mi información de registro y el seguro y certifico que es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Le notificará de cualquier cambio en esta información.

____He leído y entiendo la política de pago de CNMRI y acatar sus directrices.

He leído la información de gestión de beneficios de farmacia (PBM):

___I consentimiento a CNMRI, PA solicitar y utilizar mi historia de medicamentos de otros proveedores de atención médica o terceros pagadores de beneficios de farmacia para fines de tratamiento.

___I no acepta a CNMRI, PA solicitar y utilizar mi historia de medicamentos de otros proveedores de atención médica o terceros pagadores de beneficios de farmacia para fines de tratamiento.

___I han recibido el aviso de prácticas de privacidad de CNMRI.

Nombre del paciente

Nombre de partido responsable (si aplica)

Paciente fecha de nacimiento

Firma del paciente o la persona responsable

Fecha