

Firma en Archivo, Asignación de Beneficios, Convenio financiero

Nombre del beneficiario

Número de Identificación

1. MEDICARE: Solicito que el pago de beneficios autorizados de Medicare se hagan en mi nombre a Thomason Eye Care, P.A. por los servicios prestados por mí. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí a comunicar al Centro de Servicios de Medicare y Medicaid y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Entiendo que mi firma solicita que el pago al hecho y autoriza la divulgación de información médica necesaria para pagar el reclamo. Si el seguro de salud se indica en el artículo 9 de la CMS-1500 forma o en otra parte de otros formularios de solicitud aprobado, mi firma autoriza la liberación de la información a la compañía de seguros o agencia de. Thomason Eye Care, P.A. acepta la determinación de la carga de Medicare como la carga completa, y yo soy responsable sólo por el deducible, el coseguro y los servicios no cubiertos. Coaseguro y deducible se basan en la determinación de la Agencia de Seguro.

2. Medigap: Entiendo que si una póliza o seguro de salud se indica en el punto 9 de la CMS-1500 forma o en otra parte de otros formularios de solicitud aprobado, mi firma autoriza la divulgación de la información a la compañía de seguros o agencia. Solicito que el pago de beneficios autorizados de seguro secundario se hagan en mi nombre a Thomason Eye Care, P.A., si es posible o para mí.

3. ENTREGA DE INFORMACIÓN: Thomason Eye Care, P.A. puede divulgar toda o una parte de mi historia clínica y el libro mayor o financieros, incluyendo información sobre el alcohol o abuso de drogas, enfermedades psiquiátricas, las enfermedades transmisibles, o el VIH, a cualquier persona o empresa (1), que es o puede ser obligado o bajo contrato con Thomason Eye Care, P.A. para el reembolso por los servicios prestados, y (2) cualquier proveedor de cuidados de salud para la atención al paciente. Thomason Eye Care, P.A. También podemos revelar de forma anónima cualquier información relativa a mi caso, lo que es necesario o apropiado para el avance de la ciencia médica, educación médica, investigación médica, para la recogida de datos estadísticos o de conformidad con la ley estatal o federal, la ley o reglamento. Una copia de esta autorización puede ser utilizado en lugar del original.

4. OTROS SEGUROS: Entiendo que Thomason Eye Care, P.A. mantiene una lista de planes de servicios de salud con la que se contrae. Una lista de estos planes se encuentra disponible en la oficina de negocios y que Thomason Eye Care, P.A. no tiene contrato, expresa o implícita, con cualquier plan que no aparece en la lista. El abajo firmante está de acuerdo en que soy individualmente obligado a pagar el importe total de todos los servicios prestados a mí por Thomason Eye Care, P.A. si pertenecen a un plan que no aparece en la lista mencionada.

5. NO CUBRE LOS SERVICIOS: Entiendo que Thomason Eye Care, P.A. de los contratos con los planes de servicios de salud (es decir, las HMO, PPO) se refieren únicamente a los elementos y servicios que están cubiertos por los planes de servicios de salud. En consecuencia, el abajo firmante acepta la plena responsabilidad financiera para todos los artículos o servicios, los cuales son determinados por el servicio de los planes de salud no cubiertas. Ejemplos de servicios no cubiertos incluyen, pero no se limitan a, los servicios no especificados como incluidos en el paciente contrato con un plan de servicios de salud o en el resumen de beneficios del cuidado de la salud plan de servicio proporciona a la paciente y el tratamiento o las pruebas no autorizadas por el plan de servicios de salud. El abajo firmante se compromete a cooperar con Thomason Eye Care, P.A. de obtención de las autorizaciones de salud plan de servicio.

6. CONVENIO FINANCIERO: Estoy de acuerdo que a cambio de los servicios prestados al paciente por Thomason Eye Care, P.A. voy a pagar mi cuenta en el tiempo de servicio es prestado o hará los arreglos financieros satisfactorios para Thomason Eye Care, P.A. para el pago. Si una cuenta es enviada a un abogado por coleccion, estoy de acuerdo en pagar los gastos de coleccion y del abogado de los honorarios establecidos por el tribunal y no por un jurado en cualquier acción judicial. Entiendo y acepto que si mi cuenta se demora, me pueden acusar de interés a la tasa legal. Todos los beneficios de cualquier tipo en cualquier póliza de seguro que cubra el paciente, o cualquier otra parte responsable por el paciente, es que se indica a Thomason Eye Care, P.A. Si los copagos y / o deducibles son designados por mi compañía de seguros o plan de salud, estoy de acuerdo para pagar a Thomason Eye Care, P. A. Sin embargo, se entiende que el abajo firmante y / o el paciente son los principales responsables para el pago de mi factura.

Firma del beneficiario o de la Parte autorizado

Fecha