



# CENTER FOR VEIN WELLNESS

## 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 \_\_\_\_\_