

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO, ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO,
DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y ACUERDO FINANCIERO

1. CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Los abajo firmantes, presta su consentimiento para cualquier rayos X, laboratorio u otros procedimientos médicos o examen rendido a mí bajo las instrucciones generales y específicas de mi médico (s). Reconozco que no hay garantías se han hecho para mí en cuanto al resultado del tratamiento / examen en la Práctica. También doy mi consentimiento para la prueba de mi sangre para usos de Inmunodeficiencia Humana (VIH) Vir y / u otros agentes patógenos transmitidos por la sangre, en el caso de que cualquier persona en una práctica MD Partners se expone accidentalmente a mis sangre o fluidos corporales, o mi médico cree dicha prueba está indicada médicamente. Los resultados de estas pruebas serán reportados a mí, señalaron en mi historial médico y reportados al Departamento de Salud del Estado como lo exige la ley.

2. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

La Práctica Se autoriza a divulgar cualquier / todos mis registros médicos a la persona (s) responsable de mis obligaciones financieras derivadas de los servicios y para utilizar los datos de mi expediente médico para estudios de calidad, epidemiología y educación para que ninguna información de identificación será hecha pública. Autorizo MD Partners para descargar mi información histórica medicación de "Sure Scripts".

3. ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO

En caso de que el paciente tiene derecho a beneficios médicos de cualquier tipo que surja de cualquier política de cobertura de seguro del paciente o cualquier otra parte responsable para el paciente, dijo que los beneficios quedan asignados a la Práctica y / o el médico tratante. En el caso de la aseguradora del paciente niega beneficios médicos, la cobertura o el pago, el consentimiento queda autorizado para permitir la práctica y / o médico tratante para apelar esas decisiones en nombre del paciente.

4. BENEFICIOS DE MEDICARE (EN SU CASO)

Certifico que la información dada por mí en la solicitud de pago bajo el Título XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo a liberar a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios o portadores cualquier información necesaria para tal o una reclamación de Medicare relacionadas. Cedo los beneficios pagaderos por sus servicios a MD Partners o el médico de equipamiento de los servicios y autorizo MD Partners o el médico que trata de presentar una reclamación de pago a Medicare.

5. MEDICAID

Certifico que los servicios cubiertos por esta afirmación se han recibido y solicito que el pago de estos servicios se hagan en mi nombre. Cedo los beneficios pagaderos por servicios de práctica a MD Partners y / o el tratamiento médico. Autorizo MD Partners o el médico a presentar una reclamación de pago a Medicaid en mi nombre. Autorizo la divulgación de mi información médica necesaria para procesar este reclamo de conformidad con la política del programa.

6. OTROS SERVICIOS MÉDICOS (FUERA DE NUESTRA PRÁCTICA)

En caso de que el paciente tiene derecho a beneficios de cualquier tipo que surja de cualquier póliza de seguro que cubre al paciente, que señalaron que los beneficios también quedan destinados a cualesquiera otros médicos (fuera de nuestra práctica) la prestación de servicios a usted en nuestra petición. Entiendo que es responsabilidad del paciente para obtener información de su / su compañía de seguros para determinar si los médicos antes mencionados están participando en el plan de seguro del paciente. La participación de MD Partners en cualquier plan de seguro dada no indica la participación de los otros médicos fuera de esta práctica. Entiendo que soy responsable de las prácticas de los otros médicos para cualquier cargo no cubierto por mi plan de seguro.

7. ACUERDO FINANCIERO

El abajo firmante estuvo de acuerdo, si él / ella firma como agente o paciente, que en consideración a los servicios prestados al paciente, él / ella presente obliga individualmente a sí mismo / a sí misma a cualquier cuenta de la práctica de acuerdo con las tarifas regulares y los términos de la Práctica. Entiendo que soy responsable de la práctica de cualquier cargo que le facture y que no están cubiertos por ninguna compañía de seguro (s), incluyendo cualquier cargo negado por la compañía aseguradora para no pre-certificación o referencia. En caso de que se remita la cuenta para la recogida después de un defecto, el abajo firmante se compromete a pagar los costes del cobro, incluyendo los honorarios del abogado razonable. Todas las cuentas morosas intereses a tasas legales.

El abajo firmante certifica que él / ella ha leído y entiende lo anterior, la recepción de una copia de la misma y como paciente o agente del paciente, autoriza a ejecutar lo anterior, acepta sus términos.

Firma del Paciente / Agente Autorizado

Fecha

Nombre Firma del Paciente / Representante Autorizado

Reconozco que se me ha proporcionado una copia de MD Partners Aviso de Privacidad

Firma del paciente / Agente Autorizado

Fecha