

FIRMA EN EL ARCHIVO, ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

1) **PACIENTES DE MEDICARE:** Yo solicito que el pago de Beneficios de Medicare autorizados se hagan en mi nombre a **Long Island Eye Surgical Care, PC** por los servicios rendidos a mi por **Long Island Eye Surgical Care, PC**. Yo autorizo a los titulares de profesión medica que den cualquier información medica a los centros de de servicios de medicare y medicaid y a sus agentes cualquier información que sea necesaria para determinar estos beneficios pagados por los servicios relacionados a mi. Entiendo que con mi firma pueden enviar cualquier información medica o lo necesario para que puedan obtener pago por los servicios rendidos a mi. Si otro seguro de salud se indica en la forma de HCFA 1500 o en otras formas de reclamo aprobado, mi firma autoriza que pueden dar cualquier información medica a la aseguranza o otras agencias. **Long Island Eye Surgical Care, PC** acepta el pago de determinacion de la compañía de Medicare como el pago completo, y yo soy responsable solo por el pago de deductible, el porcentaje que el seguro no cubre y lo que el seguro no cubre. El porcentaje que el seguro no cubre y el deductible es basado en la determinación de pago de Medicare.

2) **MEDIGAP:** Entiendo que la póliza de medigap o de otro tipo de salud medica sea indicada en la forma de HCFA 1500 o en otra formas de reclamo aprobado, mi firma autoriza que den cualquier información medica a la aseguranza o otras agencias de seguro médico. Yo solicito que los pagos de seguros secundarios se hagan en mi nombre a **Long Island Eye Surgical Care, PC**, o si es posible o de otra manera se hagan a mi nombre.

3) **ENTREGA DE INFORMACIÓN:** Yo autorizo a **Long Island Eye Surgical Care, PC** a dar cualquier información médica que sea necesaria para procesar mis reclamos. Esto incluye cualquier información referente a mi archivo, alcoholismo o drogadicción, enfermedades psiquiátricas, las enfermedades transmitibles como el VIH o para cualquier persona/sociedad a la que se hace responsable. **Long Island Eye Surgical Care, PC** esta bajo contrato con los reembolsos a los servicios rendidos y con el medico para el cuidado de pacientes estables.

Yo también autorizo que cualquier pago de beneficios médicos se hagan a **Long Island Eye Surgical Care, PC** por los servicios rendidos a mi.

4) **SERVICIOS NO-CUBIERTOS:** Entiendo que los contratos que **Long Island Eye Surgical Care, PC** tiene con los planes de seguro se refiere a los elementos que están cubiertos por el plan de seguros. Entiendo que acepto la plena responsabilidad financiera para todos los servicios que no están cubiertos por mi plan de seguro, en cual el pago por estos servicios deben ser pagados el mismo día de la visita.

5) **ACUERDO FINANCIERO:** ver hoja de acuerdo financiero

6) **PACIENTES SIN SEGURO:** ver hoja de pacientes sin seguro medico

7) **Entiendo que las autorizaciones declararas permanecerán actualmente hasta que el paciente decida termínalas por escrito.**

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

FIRMA DEL TESTIGO