



(Nombre del paciente)

Cesión de beneficios y/o autorización para revelar información

Solicito el pago a Hanger Prosthetics & Orthotics, Inc. de los beneficios autorizados por Medicare, Medicaid o aseguradoras privadas en concepto de los servicios cubiertos prestados por esa entidad. De igual manera acuerdo en pagar a Hanger Prosthetics & Orthotics, Inc. la cantidad deducible y/o la parte de la cuota a mi cargo. (Hanger Prosthetics & Orthotics, Inc. retiene el derecho de aceptar o no aceptar asignación, reclamo a reclamo). Autorizo a quien posea información médica sobre mi persona a revelar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services) y a sus agentes, a Champus/TRICARE y a sus agentes, o a cualquier aseguradora privada la información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios que deban abonarse por servicios relacionados. De igual manera certifico que la información que proporciono es cierta, precisa y completa. Entiendo y acuerdo que los siguientes cargos son mi responsabilidad: cualquier servicio calificado como “no-cubierto” por mi plan de seguro, todos los importes copago y/o co-seguro, todos los deducibles, cualquier importe que sobrepasa los límites de beneficio de mi plan de seguro y cualquier importe no cubierto por mi plan de seguro porque no haber sido miembro del plan en la fecha de servicio.

Reconozco haber recibido 1) una copia de la notificación de prácticas de privacidad (NPP) de Hanger Prosthetics & Orthotics, Inc. con fecha 14 de abril de 2003, 2) He recibido el folleto principal para pacientes de Hanger, que incluye lo siguiente: Una carta de bienvenida, Las normas para proveedores, La declaración de la misión de Medicare, La declaración de derechos, La garantía, y a Las obligaciones del paciente y a 3) Hanger Prosthetics & Orthotics, Inc.’s póliza financiera.

Firma del paciente o del representante: _____ Fecha: _____

De tratarse de un representante, sírvase completar la siguiente información.

Nombre en letra de imprenta:

Dirección:

Relación con el paciente:

Motivo por el que el paciente no puede firmar:

Para el Aviso de prácticas de confidencialidad únicamente, describa la facultad del representante personal para actuar en nombre el paciente.
