

Benacare Medical Center, Inc.
RENUNCIA A LA ELEGIBILIDAD DE SEGURO

PARA SERVICIOS PROPORCIONADOS POR PERSONAL MÉDICO Y NO MÉDICO

La verificación de los beneficios de su plan médico no es una garantía de pago. Los servicios médicos le serán proporcionados; sin embargo, en caso de que su cobertura no esté vigente o ciertos servicios no estén cubiertos, usted será el responsable del pago. Es su responsabilidad entender su cobertura y los beneficios de su seguro.

Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento:
Compañía de seguros primaria:		Fecha de vigencia:
Nombre del asegurado titular:	Teléfono del asegurado titular:	No. de Seguro Social del asegurado titular:
Fecha de nacimiento del asegurado titular:	Empleador del asegurado titular:	Parentesco del asegurado titular con el paciente:
Compañía de seguros secundaria:		Fecha de vigencia:
Nombre del asegurado titular:	Teléfono del asegurado titular:	No. de Seguro Social del asegurado titular:
Fecha de nacimiento del asegurado titular:	Empleador del asegurado titular:	Parentesco del asegurado titular con el paciente:

PACIENTES DE MEDICARE:

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare sea entregado a Benacare Medical Center, Inc., y a sus proveedores asociados por cualquier servicio que me hayan prestado tanto Benacare Medical Center, Inc., como sus proveedores asociados. Doy mi autorización para que se entreguen todos mis expedientes médicos necesarios para determinar mis beneficios y procesar los reclamos de seguros. Este acuerdo permanecerá vigente hasta que sea revocado por mí por escrito. Una fotocopia de este acuerdo tendrá la misma validez que el original.

PACIENTES QUE NO SON DE MEDICARE:

Doy mi autorización para que se entreguen todos mis expedientes médicos necesarios para procesar este reclamo y que sean pertinentes a mi atención médica. Asigno todos los beneficios médicos o quirúrgicos, incluso los beneficios médicos mayores a los que tengo derecho, a Benacare Medical Center, Inc., y a sus proveedores asociados. Este acuerdo permanecerá vigente hasta que sea revocado por mí por escrito. Una fotocopia de este acuerdo tendrá la misma validez que el original.

Asumo la responsabilidad financiera de todos los cargos.
 Tuve la oportunidad de leer y entiendo la información anterior.

Firma del paciente

X _____
 √(Si el paciente es menor de edad, se requiere la firma de uno de los padres) Parentesco con el paciente

X _____
 Testigo Fecha