

## FIRMA DE VENTAJA Y REEMPLAZO DE MEDICARE EN EL ARCHIVO

Requiero que pago de beneficios de ventaja y reemplazo de Medicare autorizados se hizo en mi nombre a:

Digestive Disease Consultants  
Division of Arizona Digestive Health  
3707 N. 7th Street, Suite 305  
Phoenix, Arizona 85014

Por los servicios prestados a mí por los mencionados formen. I autorizar cualquier soporte de información médica sobre mí para liberar a la administración de financiamiento cuidado de la salud (HCFA) / Centers for Medicare advantage/reemplazo (CMMS) y sus agentes cualquier información necesaria para determinar los beneficios o los beneficios pagaderos a servicios relacionados.

Entiendo mis peticiones de firma (#2 abajo) que abonar y autoriza la liberación de información médica necesaria para pagar la reclamación. Si "otro seguro de salud" está indicado en el artículo 9 del formulario HCFA-1500, o en otra parte en otra aprobación formularios de reclamación o las reclamaciones presentadas electrónicamente, mi firma autoriza la liberación de la información a la aseguradora o agencia se muestra. El proveedor o el proveedor se compromete a aceptar la determinación de la carga del portador de la Medicare advantage o reemplazo como la carga completa, y el paciente es responsable únicamente de la servicios no cubiertos, deducible y coaseguro. Coseguro y los deducibles se basan en la determinación de la carga del portador de la Medicare advantage o reemplazo.

1. NOMBRE DEL PACIENTE (por favor impreso): \_\_\_\_\_

2. FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

3. Número de Miembros/ID del Paciente: \_\_\_\_\_