

## FIRMA DE MEDICARE EN EL ARCHIVO

Requiero que pago de beneficios 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) / cualquier información necesaria para determinar los beneficios o los beneficios pagaderos a servicios relacionados con los centros de Medicare y Medicaid Services (CMMS) y sus agentes.

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. En casos asignado por el Medicare, el proveedor o el proveedor se compromete a aceptar la determinación de la carga de la contratista de Medicare como la carga completa, y el paciente es responsable solamente por el servicios no cubiertos, deducible y coseguro. Coseguro y los deducibles se basan en la determinación de la carga de la contratista de Medicare.

1. NOMBRE del paciente (por favor imprima): \_\_\_\_\_
2. FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_
3. NUMERO DE MEDICARE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_