

Asignación de beneficios

Nombre del asegurado : _____

Número de seguridad social: _____

Solicito que el pago de los beneficios autorizados del seguro, incluido Medicare, si soy un beneficiario de Medicare, se haga en mi nombre a la organización que figura a continuación para cualquier equipo o servicio que me proporcione esa organización.

Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por equipos o servicios relacionados a la organización, la Administración de Financiación de la Atención Médica, mi compañía de seguros u otra entidad médica. Se enviará una copia de esta autorización a la Administración de Financiación de la Atención Médica, a mi compañía de seguros u otra entidad, si así lo solicita. La autorización original será archivada por la organización.

Entiendo que soy financieramente responsable ante la organización por cualquier cargo no cubierto por los beneficios de atención médica. Es mi responsabilidad notificar a la organización cualquier cambio en mi cobertura de atención médica. En algunos casos, los beneficios exactos del seguro no se pueden determinar hasta que la compañía de seguros reciba la reclamación. Soy responsable de la factura completa o del saldo de la factura según lo determine la organización y / o mi asegurador de atención médica si se rechazan los pagos de las reclamaciones presentadas o de alguna parte de ellas. Entiendo que al firmar este formulario, estoy aceptando la responsabilidad financiera como se explica anteriormente para todos los pagos por los productos recibidos.

Tigard Orthopedic & Fracture Clinic

9445 SW Locust Street

Tigard, OR 97223

