



**Asignación de beneficios/autorización para obtener información y autorización para tratar**

Yo, el paciente / responsable de la parte de abajo firmantes para los procedimientos médicos, tratamientos y exámenes para la prestación de una ortesis, prótesis y / o servicios relacionados de esta fecha hacia adelante.

Autorizo a cualquier sostenedor de médico u otra información sobre mí (incluyendo pero no limitado a notas de cartas, fotografías o modelos) que se obtienen con respecto a mi tratamiento lanzado a centros para Medicare y Medicaid servicios (CMS) y sus agentes, CHAMPUS/TRICARE y servicios relacionados con agentes o cualquier otra agencia seguros privados o de gobierno o sus agentes cuando sea necesario para determinar estas ventajas o beneficios. Permiso una copia de esta autorización para ser utilizado en lugar del original.

Solicito hacer pago de Medicare, Medicaid o beneficios del seguro privados a Capstone ortopédicos, Inc. por cualquier servicio cubierto de Capstone ortopédicos, Inc. Además, estoy de acuerdo en pagar Capstone ortopédicos, Inc., el deducible y/o coseguro debido.

Soy responsable y se compromete a pagar los siguientes gastos: cualquier servicio que mi seguro no cubre o no médicamente necesario, todas las cantidades de coseguro/copago, deducibles todos, cualquier cantidad por encima de las limitaciones de beneficios de mi póliza y cualquier cantidad de no cubierto porque yo no estaba asegurado en el momento del servicio.

Además, verificar que toda la información proporcionada por mí es verdadera, exacta y completa.

Reconozco haber recibido 1) una copia del elemento ortopédico Inc. política financiera privacidad política 2) Capstone ortopédica de, Inc. 3) Medicare proveedor normas y 4) garantía y responsabilidades información al paciente.

\_\_\_\_\_  
Paciente o responsable firma fiesta

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de paciente

Si la parte responsable, por favor de completar lo siguiente:

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Dirección

Relación a paciente: \_\_\_\_\_

Razón por el paciente es incapaz de firmar: \_\_\_\_\_

Para aviso de prácticas de privacidad solamente, por favor, describa la autoridad de la parte responsable para actuar en el nombre del paciente: \_\_\_\_\_