

Forma de Autorizacion

Declaracion para permitir asignacion sobre Beneficios de Medicare

Doy permiso a la farmacia _____ de que pida pagos de Medicare para mi cuidado medico, incluyendo equipage y supplicales medicos.

Entiendo que Medicare necesita informacion sobre mi condicion medica para poder tomar desiciones sobre pagos de Medicare. Permito que mi informacion personal sea transmitida a Medicare y companias que manejan requisitos sobre pagos de Medicare.

Entiendo que el Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) es la agencia de Medicare del Gobierno. Entiendo que fotocopias de este documento es valido como documento original y entiendo que soy responsable de pagar deducibles de Medicare y aseguransas.

Pido que pagos autorizados sobre beneficios de Medicare sean echos a mi o de mi parte a la farmacia _____ para servicios o particulares que me da la farmacia _____. Autoriso a cualquier administrador de servicios medicos o informacion medicas que manden mi informacion a Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y sus agents como sea necessario para determinar estos servicios medicos o beneficios a servicios relacionados.

Nombre: _____ HICN: _____

Firma: _____ Fecha: _____

He recibido una copia del los estandares para suplidores:

Firma del Beneficiario: _____

Declaración para Permitir la Asignacion De Beneficios de Medigap

Policy Name : _____ Policy Number : _____

Entiendo que doy _____ permiso para pedir los pagos de Medigap para mi cuidado médico.

Entiendo que al encima de Asegurador denominado de Medigap necesita información acerca de mí y mi condición médica para tomarse una decisión acerca de estos pagos. Doy el permiso para esa información para ir al encima de asegurador denominado. Pido que el pago de beneficios autorizados de Medigap sea hecho a mí o en mi beneficio a _____, para cualquiera atienden a los artículos amueblados a mí por _____. Autorizo a cualquier poseedor de información médica acerca de mí liberar tal información al encima de Asegurador denominado de Medigap necesitó como determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos para servicios relacionados.

Firmado: _____ Fecha: _____ (Firma de Beneficiario)