

BETH ISRAEL MEDICAL CENTER

INSURANCE AUTHORIZATION AND FINANCIAL AGREEMENT

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION

Yo autorizo y doy derecho al Centro Medico Beth Israel para divulgar a las agencias gubernamentales, cias de seguros, y a todos los que sean responsables financieramente de mi hospitalizacion y servicios medicos, toda informacion necesaria para substanciar los pagos por tal hospitalizacion y servicios medicos. Le permito a los representantes que examinen y tomen copias necesarias de todos mi registros relacionados con el cuidado y tratamiento.

ASIGNACIONES DE BENEFICIOS

Yo tambien transfiero y asigno al Centro Medico Beth Israel suficiente dinero y/o beneficios a los cuales se me autoriza de las agencia gubernamentales y sean cias de seguros que sean financieramente responsables y que cubran los gastos de tratamientos v cuidados a mi o a mi dependiente en dicho hospital.

ACUERDO FINANCIERO

Entiendo que soy responsable por cualquier cargo financiero que no sea pagado por mi seguro medico. Si no estoy cubierto bajo ningun plan medicode seguro, entiendo que yo soy responsable de los gastos financieros durante mi hospitalizacion.

PACIENTES CON BENEFICIOS DE MEDICARE

Yo certifico que la informacion proporcionada por mi para aplicar a los pagos bajo el titulo XVIII del acto de el Seguro Social es correcta. Yo autorizo a cualquiera que tenga mi informacion medica, divulgar a la Administracion de Seguro Social y a la Administracion Financiera de Cuidado de Salud o a sus intermediarios o dependencias de cualquier informacion necesaria o relacionada con el reclamo de Medicare. Yo pido que los Beneficios Autorizados sean en mi favor. Yo asigno que los beneficios pagados sean dirigidos al medico que me proveyo los servicios o a la organizacion que provee los servicios y autorizo tal medico, o a la organizacion a que someta el reclamo de pagos a Medicare.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

DIRECCION: _____ # TELEFONO DE CASA: _____

LUGAR DE EMPLEO: _____ # TELEFONO: _____

DIRECCION DE SU EMPLEO: _____