



**AVISO PARA PACIENTES DE MEDICARE**

Como proveedor participante de Medicare, se nos requiere que todos nuestros pacientes completen este formulario, que es la autorización estándar que nos permite enviarle facturas a Medicare a su nombre cada vez que recibe servicios de (insertar nombre del consultorio). Una vez que complete este formulario, podremos facturarle a Medicare directamente, recibir la parte del reembolso de Medicare y enviarle la factura de su seguro secundario por los servicios no cubiertos y por cualquier saldo por el que usted que sea directamente responsable, de acuerdo con las normas y las reglas de Medicare.

<hr/>	
Nombre del beneficiario/miembro (Escriba su nombre en letra de imprenta tal como aparece en su tarjeta)	N.º de Medicare
	N.º de id. del paciente
“Solicito que se paguen, a mi nombre, los beneficios autorizados de Medicare a _____, o a cualquiera de sus proveedores individuales, por todos los servicios que reciba de parte de sus proveedores individuales. Autorizo a cualquiera que posea información médica sobre mí a que comparta con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y sus agentes la información necesaria para determinar esos beneficios o los beneficios a pagar por los servicios relacionados. Esta autorización permanecerá en vigencia hasta que yo o mi representante legal la revoquemos por escrito”.	
Firma del paciente de Medicare	Fecha (Obligatorio)
“Solicito que se paguen, a mi nombre, los beneficios autorizados de Medigap a _____, o a cualquiera de sus proveedores individuales, por todos los servicios que reciba de parte de sus proveedores individuales. Autorizo a cualquiera que posea información de Medicare sobre mí a que comparta con la aseguradora de Medigap (mencionada debajo) la información necesaria para determinar los beneficios a pagar por los servicios relacionados”.	
Firma del paciente de Medicare	N.º de Medicare
Nombre del seguro Medigap: _____	Fecha (Obligatorio)
N.º de póliza: _____	
Propietario del seguro Medigap: _____	