



患者信息和福利指定授权书

我在下方横线上的签名表明我授权以下事宜：

- 1** 我确认我在申请 Medicare（社会安全法案第十八条）和/或任何其他 Medicare 付费时提供的信息正确无误。
- 2** 我授权向 Byram Healthcare 披露获得保险付费可能所需的任何医疗信息，包括诊断结果。我授权向 Byram Healthcare 支付指定给付申请的福利。我授权 Byram Healthcare 向 Medicare 和/或任何其他 Medicare 保险公司递交给付申请。
- 3** 我同意支付 Byram Healthcare 向我提供的用品费用中我的保险未批准支付的任何余额，包括但不限于自付额、共同保险额和不承保的项目。我同意影印版本与原件具有同等效力。

患者姓名（请使用正楷）：_____

患者签名：_____ 日期：_____

患者账号：_____

联系电话号码：_____

如果并非患者本人，请提供以下信息：

与患者的关系：_____

患者无法签名的原因：_____

地址：_____

城市/州/邮政编码：_____ 电话号码：_____

我们必须有此份重要的授权书才能代表您向保险公司收费。可以通过以下方式交回填妥的授权书：

邮寄：Byram Healthcare
3010 Woodcreek Dr, Suite A
Downers Grove, IL 60515

传真：1-866-232-9726

电子邮件：reimburse@byramhealthcare.com

* 请注意：如果通过传真或电子邮件交回本授权书，授权书上必须有原始签名和日期。Medicare 不接受电子签名。