

Autorisation de communication d'informations et de cession de prestations par le patient

Ma signature sur la ligne ci-dessous autorise ce qui suit :

- 1** Je certifie que les informations que j'ai communiquées en demandant un paiement en vertu de Medicare (Titre XVIII de la loi Social Security Act) et/ou de toute autre assurance associée à Medicare sont correctes.
- 2** J'autorise la divulgation à Byram Healthcare de toutes informations médicales, y compris le diagnostic qui peut être nécessaire pour les règlements par l'assurance. J'autorise le paiement à Byram Healthcare des prestations correspondant aux créances cédées. J'autorise Byram Healthcare à soumettre des demandes de règlement à Medicare et/à tout autre assureur médical.
- 3** Je m'engage à assumer toute responsabilité pour le solde des articles m'ayant été fournis par Byram Healthcare mais n'ayant pas été approuvés par ma police d'assurance. Ceci inclut, entre autres, les franchises, la coassurance et les articles non couverts. J'autorise les photocopies comme étant aussi valides que des originaux.

Nom du patient (en caractères d'imprimerie) : _____

Signature du patient : _____ Date : _____

Numéro de compte du patient : _____

Numéro de téléphone du contact : _____

Si vous n'êtes pas le patient, veuillez communiquer les informations suivantes :

Lien avec le patient : _____

Raison pour laquelle le patient n'est pas en mesure de signer : _____

Adresse : _____

Ville/Province/Code postal : _____

Téléphone : _____

Ce formulaire important est nécessaire pour nous permettre de facturer pour votre compte. Le formulaire dûment rempli peut être renvoyé par :

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

Télécopie : 1-866-232-9726

Courriel : reimburse@byramhealthcare.com

*Veuillez noter : si vous renvoyez ce formulaire par télécopie ou par courriel, il doit inclure une signature originale et une date. Toute signature électronique sera jugée invalide par Medicare.