

Autorizzazione del paziente al rilascio delle informazioni e girata

La mia firma apposta in calce autorizza quanto segue:

- 1** Certifico che le informazioni da me fornite nella richiesta di pagamento ai sensi dell'assicurazione sanitaria Medicare (Title XVIII del Social Security Act) e/o altra assicurazione sanitaria Medicare Insurance sono corrette.
- 2** Autorizzo il rilascio a Byram Healthcare di qualsiasi informazione sanitaria, diagnosi inclusa, che possa essere necessaria ai fini del pagamento. Autorizzo il pagamento dei crediti ceduti a Byram Healthcare. Autorizzo Byram Healthcare a presentare la richiesta di pagamento a Medicare e/o a qualsiasi altra compagnia di assicurazione sanitaria.
- 3** Acconsento ad assumermi la responsabilità di eventuali saldi per prestazioni fornitemi da Byram Healthcare non approvate dalla mia polizza di assicurazione e comprendenti, ma non esclusivamente, franchigie, coassicurazioni e forniture non previste dalla copertura assicurativa. Autorizzo la validità delle fotocopie come originali.

Nome del paziente (in stampatello): _____

Firma del paziente: _____ Data: _____

Numero account del paziente: _____

Numero telefonico di contatto: _____

Se la firma viene apposta da persona diversa dal paziente, fornire le seguenti informazioni:

Relazione con il paziente: _____

Motivo dell'incapacità del paziente di firmare: _____

Indirizzo: _____

Città/Stato/Cap: _____ Tel.: _____

Questo modulo importante è obbligatorio per presentare la richiesta di pagamento a suo nome. Il modulo compilato può essere restituito via:

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

Fax: 1-866-232-9726

Email: reimburse@byramhealthcare.com

*Nota bene: se viene restituito via fax o email, il modulo deve includere una firma originale e la data. Le firme elettroniche non sono considerate valide da Medicare.