

Autoryzacja informacji podanych przez pacjenta i przydzielenie świadczeń

Mój podpis na linii poniżej potwierdza, co następuje:

- 1** Poświadczam, że informacje podane przeze mnie w chwili ubiegania się o płatność z tytułu Medicare (Rozdział XVIII Ustawy Social Security Act) i/lub innego Ubezpieczenia Medicare są prawidłowe.
- 2** Niniejszym zezwalam na ujawnienie Byram Healthcare wszelkich informacji medycznych, w tym diagnozy, które mogą być konieczne do płatności z tytułu ubezpieczenia. Zezwalam na wypłatę Byram Healthcare świadczeń z tytułu przydzielonych roszczeń. Upoważniam Byram Healthcare do składania roszczeń do Medicare i/lub innego ubezpieczyciela medycznego.
- 3** Zgadzam się ponosić odpowiedzialność finansową za wszelkie należne kwoty za materiały dostarczone mi przez Byram Healthcare i nie objęte moją polisą ubezpieczeniową. Obejmuje to między innymi franszyzę redukcyjną (deductible), współubezpieczenie (coinsurance) i pozycje nie objęte ubezpieczeniem. Zgadzam się na to, aby fotokopie były traktowane na równi z oryginałem.

Imię i nazwisko pacjenta (drukowanymi literami): _____

Podpis pacjenta: _____ Data: _____

Numer rachunku pacjenta: _____

Numer telefonu do kontaktu: _____

Jeżeli osoba inna niż pacjent, proszę podać następujące informacje:

Pokrewieństwo z pacjentem: _____

Powód, dla którego pacjent nie może złożyć podpisu osobiście: _____

Adres: _____

Miasto, stan, kod pocztowy: _____

Telefon: _____

Ten ważny formularz jest wymagany do złożenia roszczeń w Pana/Pani imieniu. Wypełniony formularz można odesłać:

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

Faksem: 1-866-232-9726

Email: reimburse@byramhealthcare.com

* Uwaga: formularze odsyłane faksem lub emailami muszą zawierać oryginalny podpis i datę. Medicare nie będzie honorować elektronicznych podpisów.