

## Согласие пациента на предоставление информации и переуступка прав на страховые льготы

### Своей подписью ниже я даю согласие на следующее

- 1** Я заявляю, что информация, предоставленная мною при подаче заявки на оплату услуг по программе «Медикэр» (в соответствии с разделом XVIII Закона о социальном страховании) и (или) любой другой программе медицинского страхования в рамках «Медикэр», является правильной.
- 2** Я разрешаю предоставление компании Byram Healthcare любой медицинской информации, в том числе о диагнозах, которая может потребоваться для производства страхового платежа. Я разрешаю производить оплату страховых льгот по переуступленным страховым требованиям компании Byram Healthcare. Я разрешаю компании Byram Healthcare подавать страховые требования в рамках программы «Медикэр» и (или) любой другой программы медицинского страхования.
- 3** Я согласен(-на) нести ответственность по оплате любых неоплаченных сумм за принадлежности и материалы, предоставленные мне компанией Byram Healthcare, которые не предусмотрены моим полисом страхования. К ним относятся (но не ограничиваются этим) нестрахуемые минимумы, суммы совместного страхования и предметы, не охватываемые страхованием. Я согласен(-на), что фотокопии документов имеют ту же силу, что и их оригиналы.

Имя и фамилия пациента (печатными буквами): \_\_\_\_\_

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Номер счета пациента: \_\_\_\_\_

Контактный номер телефона: \_\_\_\_\_

Если вы не являетесь пациентом, укажите, пожалуйста, следующую информацию:

Отношение к пациенту: \_\_\_\_\_

Причина, по которой пациент не может поставить свою подпись: \_\_\_\_\_

№ дома, улица: \_\_\_\_\_

Город / штат / почтовый индекс: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

Эта важная форма необходима для выставления счета от вашего имени. Заполненную форму можно вернуть, используя следующие средства связи:

**Почтой, по адресу:** Byram Healthcare  
3010 Woodcreek Dr, Suite A  
Downers Grove, IL 60515

**По факсу:** 1-866-232-9726

**По электронной почте:** [reimburse@byramhealthcare.com](mailto:reimburse@byramhealthcare.com)

\* Примечание. Если вы возвращаете эту форму по факсу или по электронной почте, она должна включать собственноручную подпись и дату. Программой «Медикэр» электронные подписи будут считаться недействительными.