



Autorización de información y asignación de beneficios del paciente

Mediante mi firma en la línea, abajo, autorizo lo siguiente:

- 1** Certifico que la información que di al solicitar pagar en virtud de Medicare (Título XVIII de la Ley de Seguro Social) y/o cualquier otro seguro de Medicare es correcta.
- 2** Autorizo que se divulgue a Byram Healthcare toda información médica, incluido el diagnóstico, que pueda ser necesaria para pago por parte del seguro. Autorizo que los beneficios de las reclamaciones asignadas se paguen a Byram Healthcare. Autorizo a Byram Healthcare para que presente reclamaciones a Medicare y/o cualquier otra compañía aseguradora de gastos médicos.
- 3** Convengo a asumir la responsabilidad de todo saldo correspondiente a suministros que Byram Healthcare me haya proporcionado sin haber estado aprobados por mi póliza de seguro. Esto incluye, entre otros, deducibles, coseguros y artículos no cubiertos. Autorizo que las fotocopias sean tan válidas como los originales.

Nombre del/la paciente (escriba con letra de molde): _____

Firma del/la paciente: _____ Fecha: _____

Número de cuenta del/la paciente: _____

Número telefónico de contacto: _____

Si el/la paciente no es quien firma, por favor proporcione la información siguiente:

Relación con el/la paciente: _____

Razón por la que el/la paciente no puede firmar: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Teléfono: _____

Este importante formulario es indispensable para cobrar en representación suya. El formulario, debidamente lleno, puede enviarse por:

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

Fax: 1-866-232-9726

Correo electrónico: reimburse@byramhealthcare.com

*Nota: Si nos envía este formulario por fax o correo electrónico, el mismo debe tener una firma original y la fecha. Medicare considera inválidas las firmas electrónicas.