

## Sự Cho Phép của Bệnh Nhân về Thông Tin và Phân BỐ các Quyền Lợi

Chữ ký của tôi trên hàng dưới đây cho phép những điều sau:

- 1** Tôi xác nhận rằng thông tin mà tôi đưa ra để xin trả theo (Tựa Đề XVIII của Đạo Luật An Sinh Xã Hội) và/hoặc bất cứ Bảo Hiểm Medicare nào khác là đúng.
- 2** Tôi ủy quyền việc tiết lộ cho Byram Healthcare bất cứ thông tin y khoa nào kể cả chẩn đoán có thể là cần thiết để trả cho bảo hiểm. Tôi ủy quyền thanh toán các quyền lợi cho Byram Healthcare về các đơn đòi đã được phân bổ. Tôi ủy quyền cho Byram Healthcare để nộp các đơn đòi cho Medicare và/hoặc bất cứ công ty bảo hiểm Y Khoa nào khác.
- 3** Tôi đồng ý nhận trách nhiệm về bất cứ số tiền khoản nào cho các tiếp liệu đã được cung cấp cho tôi bởi Byram Healthcare mà không được hợp đồng bảo hiểm của tôi chấp thuận. Điều này bao gồm nhưng không giới hạn tới các khoản khấu trừ, đồng bảo hiểm và các khoản không được đài thọ. Tôi ủy quyền là các bản sao chụp sẽ có hiệu lực như các bản chính.

Tên Bệnh Nhân (xin viết chữ in): \_\_\_\_\_

Chữ Ký Bệnh Nhân: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Số Tài Khoản của Bệnh Nhân: \_\_\_\_\_

Số Điện Thoại Liên Lạc: \_\_\_\_\_

Nếu không phải là bệnh nhân, xin cung cấp thông tin sau đây:

Quan hệ đối với bệnh nhân: \_\_\_\_\_

Lý do bệnh nhân không thể ký tên: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Thành Phố/Tiểu Bang/Số Zip: \_\_\_\_\_ Điện thoại: \_\_\_\_\_

Cần có mẫu quan trọng này để gửi hóa đơn thay mặt cho quý vị. Mẫu đã điền có thể được gửi lại qua:

**Thư tín:** Byram Healthcare

3010 Woodcreek Dr, Suite A

Downers Grove, IL 60515

**Fax:** 1-866-232-9726

**Email:** [reimburse@byramhealthcare.com](mailto:reimburse@byramhealthcare.com)

\*Xin lưu ý: nếu gửi lại mẫu này qua fax hoặc email, trên mẫu phải có chữ ký bản chính và ngày tháng. Các chữ ký bằng điện tử sẽ được coi là không có hiệu lực bởi Medicare.