

# Forma de Autorización a Seguros

\_\_\_\_\_  
NÚMERO DE CUENTA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL/DE LA PACIENTE

\_\_\_\_\_  
MEDICARE

\_\_\_\_\_  
NÚMERO HIC

Estatuto para dar Permiso de Pago de Beneficios Medicare al Proveedor, Médicos y Paciente

Solicito pago de Beneficios Medicare autorizados a mí o a mi nombre por cualesquier servicios prestados a mí por St. Luke's Health Services. Autorizo a cualquier titular de información médica u otra información acerca de mí para que revele al Centers for Medicare and Medicaid Services (Medicare) y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar beneficios o beneficios por servicios relacionados. Entiendo que soy responsable por cualesquier deducibles de seguros médicos, co-aseguranza u otros servicios que no estén cubiertos.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma – Beneficiario

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Otra Firma

\_\_\_\_\_  
Parentesco y Razón

\_\_\_\_\_  
MEDIGAP

\_\_\_\_\_  
NÚMERO HIC

\_\_\_\_\_  
NÚMERO DE PÓLIZA MEDIGAP

Solicito que se haga pago de Beneficios Medigap autorizados a mí o a mi nombre al proveedor de servicio y (o) proveedor por cualesquier servicios prestados a mí por ese proveedor de servicios y (o) suministrador. Autorizo a cualquier titular de información Medicare acerca de mí para que revele a \_\_\_\_\_

(Nombre del Asegurador Medigap)

cualquier información necesaria para determinar estos beneficios pagables por servicios relacionados.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma – Beneficiario

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Otra Firma

\_\_\_\_\_  
Parentesco y Razón

\_\_\_\_\_  
ASISTENCIA MÉDICA

\_\_\_\_\_  
NÚM. de RECEPTOR

“Mi firma certifica que he recibido servicios o artículos en la fecha listada a continuación. Entiendo que el pago por los servicios o artículos se hará de Fondos Federales y Estatales y que cualquier reclamo, estatutos o documentos falsos, u ocultamiento de material puede ser procesado bajo leyes federales y estatales.

He leído y estoy de acuerdo con el estatuto anterior.”

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES

\_\_\_\_\_  
AUTO

\_\_\_\_\_  
COMERCIAL

Autorización para Revelar Información Médica. “Autorizo a St. Luke's Health Services para que revele cualquier información requerida para completar mi compensación, reclamo de seguro automovilístico y, o de seguro a mi patrón/compañía de seguros acerca de mi(s) visita(s) del \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

Asignación de Beneficios de Aseguranza- “Por este medio asigno al St. Luke's Health Services (SLHS) y autorizo y dirijo que se hagan pagos directamente al SLHS de todos los beneficios que sean de otra manera pagables directamente a mí bajo los términos de

mis pólizas de seguro (incluyendo médico mayor) por razón de los servicios descritos en los estados de cuenta presentados por SLHS; provisto que SLHS deberá reembolsar a la persona o personas con derecho a recibir el mismo, cualesquier pagos en exceso de los cargos totales. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos que no estén cubiertos por esta asignación.”

---

Fecha

---

Firma