

Condado de Monterey, Departamento de Salud – División de Salud de Conducta
 Autorización de facturación de Seguro Privado y Medicare

() Uso único para Medicare

Solicito que el pago de beneficios autorizados por Medicare, sea hecho al Departamento de Salud del Condado de Monterey, División de Salud de Conducta para cualquier servicio que ellos me hayan proporcionado. Autorizo a cualquier sostenedor de mi información médica divulgar a la Administración de Financiación de Asistencia Médica y a sus agentes cualquier información que determine este beneficio o beneficios pagables a servicios relacionados. Entiendo que mi firma solicita que el pago sea hecho y autoriza divulgar mi información médica y es necesaria para pagar la factura. En casos asignados por Medicare, el médico o proveedor consiente en aceptar el cargo determinado del portador de Medicare como el cargo total. Yo, como paciente soy responsable sólo por deducible, seguro adicional, y servicios no cubiertos. El seguro adicional y el deducible son basados en el cargo determinado por el portador de Medicare.

() Uso único para Seguro de Salud Privado:

Autorizo el pago de beneficios médicos, de otro modo pagable a mí, al Departamento de Salud del Condado de Monterey, División de Salud de Conducta por todos los servicios que ellos proporcionan. Comprendo que soy financieramente responsable al Departamento de Salud del Condado de Monterey, División de Salud de Conducta por cargos no cubiertos por este Seguro. Autorizo al Departamento de Salud del Condado de Monterey, División de Salud de Conducta divulgar a mi compañía de seguro cualquier información médica necesaria para procesar una factura. Autorizo al Departamento de Salud del Condado de Monterey, División de Salud de Conducta obtener información relacionada a mi cobertura de seguro y los beneficios de la compañía de la misma. Yo permito que una copia de esta autorización sea utilizada en lugar de la original.

Detalle de Cobertura

Numero de Medicare: _____	_____	_____
Parte A: Fecha de Inicio: ___/___/___	Parte B: Fecha de Inicio: ___/___/___	

Información Sobre Seguro Privado	
Nombre de la compañía del seguro: _____	Número de grupo: _____
Dirección: _____	Número de póliza: _____
	Fecha efectiva: ___/___/___
Nombre del asegurado: _____	Seguro Social de el/la Asegurado: _____
Relación con el cliente al asegurado: _____	
Fecha de nacimiento del Asegurado: ___/___/___	
Relacionadas con el empleo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Género de asegurado <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	

Firma de cliente

Fecha:

Nombre de cliente: _____	Numero de archivo: _____
--------------------------	--------------------------