



SEGURO MEDICO/MEDICARE y/o MEDI-CAL
DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN
PARA PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES

Nombre del Cliente _____
(Favor de Imprimir)

Solicito que el pago de beneficios autorizados de Seguro Medico, Medicare y/o beneficios de Medi-Cal se hagan en mi nombre a **Jewish Family Service of The Desert (JFS)** por cualquiera de los servicios proporcionados para mí por el médico o proveedor. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí para liberar a la Health Care Financing Administration y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios pagaderos a los servicios relacionados. Entiendo mi firma solicita que el pago se realice y autoriza la divulgación de información médica necesaria para pagar el reclamo. Si otra cobertura de seguro de salud se indica en el punto 9 del formulario de reclamación HCFA-1500 o en otra parte de otros formularios de solicitud aprobados o reclamaciones presentadas electrónicamente, mi firma autoriza la liberación de la información a la compañía de seguros o agencia que se muestra aquí.

En casos asignados de Medicare y/o Medi-Cal, el médico o el proveedor se compromete a aceptar la determinación de la carga del portador como la carga completa, y el paciente es responsable del deducible, coaseguro y servicios no cubiertos . Coaseguro y deducible se basan en la determinación de la carga de Medicare y/o Medi-Cal.

Firma del Cliente _____ **Fecha** _____
(Firma del padre/tutor legal si es menor)