

AVISO DE ANTICIPO POR SERVICIOS NO CUBIERTOS

POLIZA DE NUESTRA OFICINA PARA PACIENTES DE CUIDADO MEDICO

El Cuidado Médico o Medicare solamente pagará por los servicios que ellos determinen "Razonables y Necesarios". Si el programa de Cuidado Médico o Medicare determina que cierto servicio no es "Razonable o Necesario" bajo las normas del programa Médico o Medicare, el Cuidado Médico o Medicare negará los pagos por ese servicio (Seccion 1862(a)(1) de la ley de Cuidado Médico o Medicare).

De acuerdo con las Reglas actuales de Medicare o Cuidado Médico es requerido que usted pague una deducción anual de \$ _____ hacia sus gastos medicos, comenzando el primero de Enero de cada año.

1. El Quiropráctico esta cubierto bajo el programa Medicare o Cuidado Médico como un servicio LIMITADO.
2. Medicare paga **SOLAMENTE POR MANIPULACIONES MANUALES AL ESPINAZO.**
3. Los Rayos-X son **requeridos** por el programa Medicare y **NO son un beneficio Quiropractico cubierto.** Usted debe pagar por ellos.
(La fecha de 105 Rayos-X debe ser dentro de 3 meses para condiciones agudas, 12 meses por condiciones cronicas).
4. Los siguientes servicios **no estan cubiertos por el programa Medicare. Usted sera responsable por el pago de cualquiera de estos tratamientos o servicios.**

Llamadas a oficina, Rayos-X, Terapia Fisica, Suplementos Nutricionales, Exámenes Fisicos, Evaluaciones de Diagnostico, Consultantes, Pruebas de Diagnostico, Pruebas de Laboratorio, Sosten Ortotico/Abrazadera o Cuidado de Mantenimiento.
5. Se **requiere** un examen por el doctor antes de que se suministre cualquier tratamiento. Este **examen NO es un beneficio quiropractico cubierto por Medicare y debera ser pagado por usted.**
6. El programa Medicare no paga por servicios similares por mas de un doctor en la misma especialidad.
7. El programa Medicare no paga por mas de una consulta por día.
En la mayoría de 105 casos, el programa Medicare **considerará solamente 12 consultas por año siendo "Medicamento Necesarias"**, y pagará el 80% de los "gastos de tratamiento permitidos" para el cuidado Quiropráctico..

Entiendo la Póliza del programa Medicare o Cuidado Médico de esta oficina, como es requerida por el programa Medicare, y estoy de acuerdo en ser personalmente responsable de todo el tratamiento y cuidado Quiropráctico no cubierto. Estoy de acuerdo en que los gastos serán personalmente pagados por mi de acuerdo a la poliza de credito de esta oficina

Por este medio autorizo al Dr. _____ dar cualquier servicio el cual estime necesario para mi cuidado, y estoy de acuerdo en asumir todas las obligaciones incurridas para mi cuidado.

Tambien AUTORIZO a cualquiera que tenga información acerca de mi persona, que la ceda a la Administración de Seguro Social y Administración Financiera del Cuidado de Salud o a sus Intermediarios o portador cualquier información necesaria para esta o alguna Demanda de Medicare relacionada.

Nombre del Paciente _____ Fecha _____
(NOMBRE DEL PACIENTE EXACTAMENTE COMO ESTA EN LA TARJETA MEDICARE)

Firma del paciente _____ Testigo _____

Firma del Representante del Paciente _____ Fecha Firmada _____

Parentesco del Representante _____

Nombre del doctor suministrando los servicios: DR. MARK CAMPBELL, D.C.

#de Seguro: DC19399

Clinica o Oficina: CHIROPRACTIC HEALTH

Domicilio: 206 S. PLACENTIA AVE., PLACENTIA, CA 92821