



Consentimiento para que HFA envíe cobros a mi seguro

Asignación de beneficios/autorización: Solicito el pago de los beneficios autorizados por el seguro directamente al grupo médico Hennepin Faculty Associates por cualesquiera y todos los servicios que recibí en estas instalaciones o en cualquier otra propiedad o instalación operada por el grupo médico Hennepin Faculty Associates. Doy mi consentimiento para la divulgación de información médica y otra información relacionada con tales servicios para las operaciones del cuidado de la salud a Medicare, mis compañías de seguro, HMO, otras terceras partes que emiten pagos, o sus terceras partes administrativas, con el propósito de pagar demandas, determinar los beneficios y realizar evaluaciones de calidad del cuidado.

Entiendo que soy financieramente responsable del pago de los servicios provistos que no estén cubiertos por mi plan de seguro, incluyendo, pero no limitado a, deducibles y copagos.

Entiendo que este Consentimiento para que HFA envíe cobros a mi seguro permanecerá efectivo a menos que sea revocado por mí por escrito. Una revocación no aplicará a las publicaciones ya hechas por HFA al amparo de este consentimiento. Se puede usar una copia de este consentimiento en lugar del original.

Fecha: _____

Nombre del paciente (letra impresa): _____

Firma del paciente: _____

Si el paciente no puede firmar:

Fecha: _____ Razón por la que el paciente no puede firmar: _____

Nombre de la persona que firma por el paciente (letra impresa): _____

Firma de la persona que firma por el paciente: _____