

Diabetes Associates Medical Group
1234 West Chapman Ave, Suite 205 and 106, Orange CA 92868

La declaración de Responsabilidad/Tarea Financiera de Beneficios

Reconozco que soy legalmente responsable de todos los cambios con respecto al cuidado y el tratamiento médicos proporcionados por representantes del Grupo de Médico de Socios de Diabetes. Asigno y autorizo pagos al Grupo del Médico de Socios de Diabetes. Comprendo que mi portador de seguro no puede aprobar ni puede reembolsar mis servicios médicos en lleno debido a tasas usuales y de costumbre, beneficia exclusiones, límites de alcance, la falta de autorización, o de necesidad médica. Comprendo que soy responsable de honorarios no pagó la deuda entera, los co-pagos, y franquicias de política y coseguro pero donde mi obligación es limitada por contrato o Estado o por la ley Federal.

Autorizo la liberación de cualquier y toda la información médica necesaria para determinar obligación para el pago y para obtener reembolso inclusive historiales médicos a cualquier persona o la corporación, que es o puede ser responsable de todo o cualquier porción de cargas. Autorizo no poseedor de médico u otra información sobre mí soltar a la Seguridad social Administration o su intermediario lleva cualquier información necesitada para este o clamis relacionado de Medicare.

Comprendo que hay un \$25,00 honorario para cualquier Cancelación y/o ningunas Exposiciones de citas sin 24 notfication de hora.

He leído y he comprendido toda la información arriba, y yo he completado la información según mi leal saber y entender.

Yo también comprendo que soy responsable de cualquier copayment y/o franquicia se asoció con mi póliza de seguros. Comprendo que seré esperado pagar mi cantidad de copayment en thime de tratamiento.

La firma de Paciente o Guardián (si paitent es menos de 18 años)

Fecha

El Nombre impreso de Paciente

Relación de Guardián a Paitent

Un duplicado o la copia mandada un fax de esta forma son considerados el mismo como el documento original.