



Treviño Eye Clinic & Optical
Diseases & Surgery of the Eye
Dr. Alfredo Treviño, Jr., M.D., P.A.

AUTORIZACION DEL PACIENTE

ASIGNACION DEL SEGURO Y/O BENEFICIOS DE MEDICARE

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

DE POLIZA DE MEDICARE: _____

DE POLIZA DE SEGURO (PRIMARIO): _____

DE POLIZA DE SEGURO (SECUNDARIO): _____

Autorizo que el pago de los beneficios autorizados por Medicare sean realizados de mi parte a

ALFREDO TREVINO JR., MD, PA/ TREVINO EYE CLINIC & OPTICAL

por cualquier servicio que me haya sido otorgado por cualquier médico del grupo. Autorizo que cualquier persona con información médica sobre mí la libere a mi seguro, a los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services- CMS) y/o a sus representantes así como cualquier información necesaria que determine si el seguro cubre servicios médicos que hayan sido recibidos. En el caso de Medicare, el proveedor acepta el costo de Medicare y **yo me hago responsable para pagar el deducible de Medicare, co-aseguranza o el 20% que no esté cubierto por Medicare, y por cualquier servicio que no esté cubierto por el seguro.**

SUPLEMENTO SECUNDARIO DE MEDICARE U OTRO SEGURO PRIVADO

También autorizo que el pago del suplemento secundario de Medicare o de cualquier seguro privado sea hecho por mí o de mi parte a Alfredo Trevino, JR., MD, PA / Trevino Eye Clinic & Optical o a cualquier médico del grupo, por servicios proveídos hacia mi persona. Autorizo que cualquier persona con información médica sobre mí se libere a mi suplemento de Medicare (cuando aplique) o a mi seguro cualquier información necesaria que determine si mis beneficios cubren los servicios recibidos. **Entiendo que soy responsable de pagar por cualquier deducible, co-pago, co-aseguranza y/o cualquier procedimiento que no esté cubierto.**

Este acuerdo permanecerá en efecto hasta que se revoque por mí por escrito. Una copia de este acuerdo es considerada válida como la original.

FIRMA: _____

FECHA: _____