

Ventura Pulmonary and Critical Care Medical Group

168 N. BRENT STREET, SUITE 406
VENTURA, CALIFORNIA 93003
(805) 653-6371

Por la presente autorizo el tratamiento de los médicos de la crítica y pulmonar Medical Group Ventura.

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los honorarios y gastos de dicho tratamiento, independientemente de la cobertura de mi seguro médico.

Es mi responsabilidad de entender los términos y limitaciones de la cobertura de mi seguro médico. Debo proporcionar la información del seguro médico precisa, completa, oportuna y actualizada a Ventura pulmonar. Si no se proporciona esta información constituye una infracción y siendo responsable de todos los gastos médicos pertinentes. Es mi responsabilidad ver que reclaman las prestaciones.

Autorizo Ventura pulmonar para proporcionar a mi compañía de seguro médico (s) toda la información médica necesaria para procesar mi reclamo.

Yo asigno irrevocablemente al médico / Ventura pago pulmonar por todos los servicios médicos y los saldos pendientes de pago. Autorizo a las copias de esta autorización para ser utilizado en lugar de la original.

Si mi cuenta se remite a un abogado o agencia, estoy de acuerdo en pagar todos los honorarios y gastos razonables de cobro. Esta autorización permanecerá en efecto hasta que sea revocada por mí por escrito.

Imprimir Nombre

Firma

Fecha

Acuse de Recibir el Aviso de Prácticas de Privacidad

Yo reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad. Este documento explica las políticas de Ventura Pulmonar y Cuidados Críticos Medical Group perteneciente al uso y divulgación de información médica.

Firma

Fecha