

Declaración Jurada de Beneficios de Salud

De acuerdo con el capítulo 273 del acta de 1988, las compañías de seguro se les requiere obtener información acerca otros beneficios de salud disponibles a usted antes de procesar beneficios de protección de lesiones personales. Cualquier gasto médico en exceso de \$2,000 será pagado a través de los beneficios de protection de lesiones personales.

Una declaración debe acompañar las facturas enviadas para pagos superiores al límite de \$2,000 de su proveedor de seguros de salud como motivo de impago. Si su seguro médico no le cubrirá los gastos médicos al 100%, por favor notifiquenos para hacer provisión para honrar el saldo pendiente.

Primera Seccion: Información de Salud Médica

Nombre del paciente: _____

Nombre del seguro médico: _____

Numero de poliza: _____

Segunda Sección: Informacion Adicional de Beneficios

Nombre del paciente: _____

Nombre del seguro médico: _____

Numero de poliza: _____

Tercera Sección

Confirmación de que no hay beneficios:

Entiendo que es un crimen obtener beneficios de salud a los cuales no me pertenecen. También entiendo que es un crimen buscar tratamiento médico si el tratamiento no es razonable o necesario con el fin de obtener beneficios de compañías de seguro.

Fecha: _____ **Firma:** _____

Autorización de Asegurancia de Automóvil

Nombre del paciente: _____

Nombre de Asegurancia de Automóvil : _____

Numero de poliza: _____

Ajustador de Reclamaciones: _____

Fecha de Accidente: _____

Yo asigno todos mis derechos debajo la compañía nombrada a:

Dynamic Physical Therapy Services

MBA Practice Management

340 Plantation St

Worcester, MA 01609

Yo autorizo que los beneficios de protection de lesiones personales hagan pagos directos a Dynamic Physical Therapy por los servicios dados a mi por las lesiones que yo tengo debido al accidente.

Yo también autorizo a mi abogado dirija todos los pagos debido a Dynamic Physical Therapy Services por sus servicios médico tan pronto y como sea posible de todos y cualquier producto de la liquidación.

Yo certifico que he recibido los servicios como se describe en la factura adjunta. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no cubiertos por esta autorización.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____