

Center for Custom Prosthetics

David Trainer
Maxillofacial Prosthetist



Jorge Franco Canales
Maxillofacial Prosthetist/Ocularist

Información del paciente Complete este formulario en su totalidad

Nombre: _____ Fecha: ____/____/____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ SS/número de identificación# _____

Estado civil: S / M / D / W. dirección primaria: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección secundaria: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono móvil: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Teléfono de casa: () _____ - _____. Teléfono del trabajo: () _____ - _____

Información del seguro. Condiciones médicas /alergias: _____

Seguro primario: _____ ID #: _____

Seguro secundario: _____ ID#: _____

Nombre del miembro: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Nombre del cónyuge / padre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Médico Primario / médico remitente:

Nombre de los doctores _____

dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Referido por: _____

Teléfono: () _____ - _____. Fax: () _____ - _____

Historial de Prótesis ¿Cómo te enteraste de nosotros? _____

Tipo de Prótesis: _____ **Ojo D / I** **Orbital D / I** **Oído D / I**

Nariz Con mejilla parcial. D / I **Otro:** _____

Quien hizo tu prótesis: _____ Adhesivo o imanes: _____

Teléfono: () _____ - _____. ¿Qué edad tiene su prótesis actual?: _____

¿En qué año fue su primera prótesis? _____ Si es cirugía, fecha de la cirugía: _____

Oftalmólogo : _____ Teléfono: () _____

¿Con qué frecuencia limpia y pule su prótesis?: _____

Center for Custom Prosthetics

David Trainer
Maxilofacial Prosthetist
Partner/Owner



Jorge Franco Canales
Maxilofacial Prosthetist/Ocularist

POLÍTICA DE SEGURO / PROCEDIMIENTOS Y CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

La política de la empresa de Raymond E Peters, Inc. Center for Custom Prosthetics es cobrar el 50% de nuestra tarifa en su cita inicial, y el resto en la entrega de su prótesis personalizada. Aceptamos Visa, Master Card, Discover, American Express y Financiamiento de terceros (Care Credit). Raymond E. Peters Inc., (DBA Center for Custom Prosthetics) es un proveedor de Blue Cross and Blue Shield, lo que significa que aceptarán reclamos de nuestros pacientes y otorgarán Precios "razonables". Raymond E. Peters, Inc., (DBA Center for Custom Prosthetics), NO es un proveedor participante de Medicare, lo que significa que ellos no pueden regular nuestras tarifas. Medicare, así como las compañías de seguros independientes, consideran Raymond E. Peters, Inc., (DBA Center for Custom Prosthetics), un proveedor de equipos médicos duraderos / prótesis (DME), que se encuentra bajo pautas diferentes a las de la Asociación Médica (AMA) con médicos participantes. Presentación de reclamaciones: Le enviaremos sus reclamaciones como cortesía y le ayudaremos en todo lo que podamos para ayudar a que se paguen sus reclamaciones. Tenga en cuenta que el saldo de su reclamo es su responsabilidad pague o no pague su compañía de seguro. Su beneficio de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Nosotros no somos parte de ese contrato. Las asignaciones de Medicare (reembolsos) para nuestros servicios de prótesis personalizadas son el 80% de su "Cantidad permitida". Su seguro secundario, si tiene uno, le reembolsa el 20% restante de la cantidad permitida por Medicare. Si no tiene un seguro secundario, el paciente es responsable del 20% de los reembolsos, según la jurisdicción de Medicare en la que usted reside de forma permanente. Tenga en cuenta que si no se ha completado su deducible, lo deducirán del monto reembolsado y el paciente es responsable del monto del deducible no pagado. Tenemos una POLÍTICA DE NO REEMBOLSO, una vez que se ha procedido a la fabricación. Con la firma a bajo, doy mi consentimiento para comenzar la fabricación de mi prótesis. Doy mi consentimiento para que David Trainer Maxilofacial Prosthetist y Jorge Franco Canales Ocularist examinen, evalúen y fabriquen prótesis personalizadas, y acepto la responsabilidad total por el pago de estos servicios / tarifas. Además, acepto enviar todos los pagos a Raymond E Peters, Inc. que reciba de mi compañía de seguros por los servicios prestados.

Ponga sus iniciales en las siguientes áreas resaltadas:

Yo, el paciente / responsable abajo firmante, doy mi consentimiento para los procedimientos médicos, tratamientos y exámenes que se realizarán para la solicitud de una prótesis artificial y / o servicios relacionados a partir de esta fecha.

El paciente / parte responsable que suscribo soy responsable de proporcionar la información médica y del seguro necesaria para obtener una orden médica por escrito para poder continuar con los servicios mencionados anteriormente.

Yo suscribo al paciente / parte responsable, con el fin de ayudar en la difusión del conocimiento médico y científico, o en la mejora del diagnóstico y tratamiento médico, autorizo al Centro Raymond E. Peters Inc. (DBA) de Prótesis Personalizadas para lanzar, publicar, mostrar, o fotografías, modelos y / o cintas de video que se obtengan en relación con mi tratamiento. Se suscribe y se acuerda que los nombres no se utilizarán ni se divulgarán de ninguna manera en relación con los mismos.

Yo, el paciente / parte responsable abajo firmante, reconozco haber leído una copia del Aviso de prácticas de privacidad y comprendo los términos y condiciones que se encuentran allí

Tenga en cuenta que los servicios de prótesis de PI / RMA se facturan directamente a su compañía de seguros principal y luego a su compañía de seguros complementaria. Dependiendo de su cobertura de seguro, es posible que deba pagar su deducible y su coseguro cuando comience su prótesis el primer día que comience la fabricación. Se le facturará el saldo restante después de que se haya eliminado el pago del seguro, si lo hubiera

Yo abajo firmante, el paciente / parte responsable solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre por cualquier servicio proporcionado por Raymond E. Peters Inc. (DBA) Center for Custom Prosthetics. Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo sobre mí (incluidas, entre otras, notas de cuadros, clínicos, fotografías y / o modelos) que se obtengan en el contenido de mi tratamiento, que se divulgue a la agencia de seguros correspondiente y a sus agentes según sea necesario para determinar estos beneficios o corresponde a los servicios liberados. Permito que se use una copia de esta autorización en lugar del original.

El paciente / parte responsable que suscribo autorizo Center for Custom Prosthetics Raymond E. Peters Inc. (DBA) a divulgar información financiera y médica a aquellos que son o pueden ser responsables del pago de todos o una parte de los cargos, incluidos los registros médicos, a mi empleador Para la compensación de Workmans y / o terceros pagadores, a otras acreditaciones de atención médica, admisiones, certificaciones, consejos de apelación y revisiones de pares o de utilización.

Yo abajo firmante, el paciente / parte responsable autorizo a que Raymond E Peters Inc. (DBA) Center for Custom Prosthetics examine, evalúe y fabrique una prótesis personalizada y acepte la responsabilidad total del pago de estos servicios / tarifas. Además, acepto remitir todos y cada uno de los pagos al Centro de prótesis personalizadas Raymond E. Peters Inc. (DBA) que reciba de mi compañía de seguros por los servicios prestados. Entiendo que soy responsable de cualquier saldo adeudado en mi cuenta después de que se haya recibido el pago del seguro.

Se requiere un aviso de 48 horas hábiles para las citas canceladas o reprogramadas. Una tarifa de cita cancelada / perdida es de \$ 100, ya que no podremos utilizar el tiempo reservado para otros pacientes.

Si el paciente abajo firmante / la parte responsable reconozco que debo comunicarme con el personal para actualizar cualquier cambio en la información del seguro y / o cambios de dirección. Para evitar retrasos en mi prótesis de reemplazo médicamente necesaria.

El paciente o la parte responsable abajo firmante acepta recibo de una copia de este formulario y están de acuerdo con los términos establecidos en este formulario. Mantenemos una POLÍTICA DE NO REEMBOLSO, una vez que la fabricación de su prótesis ha precedido.

FIRMA

FECHA