



Autorización para la divulgación de información médica y asignación de beneficios

| Información del cliente (letra imprenta) | | Información de envío |
|--|--|----------------------|
| Nombre | | |
| Teléfono | | |

Divulgación de información médica

Autorizo a todo poseedor de mis expedientes médicos (médico, hospital, asistente médico, agencia reguladora [Comisión conjunta para la acreditación de las organizaciones de servicios médicos (JCAHO, siglas en inglés)], u otras personas) para que proporcione información (originales, fotocopias, o facsímiles) a Lingraphicare America, Inc. (LCA).

Asignación de beneficios

Decidí comprar el dispositivo generador de habla a través de mi compañía de seguros y autorizo a Medicare y/u otras aseguradoras para que paguen directamente a Lingraphicare America, Inc., por sus servicios. También autorizo a Lingraphicare America, Inc., para que divulgue mi información médica a toda compañía de seguros con el fin de determinar si los beneficios son pagaderos. Si recibo un pago directamente de mi compañía de seguros, estoy de acuerdo en enviar el cheque y la "Explicación de beneficios" a LCA dentro de diez días de la recepción. Entiendo que el cheque y la explicación se deben enviar a LCA para acreditar mi cuenta. Si no proporciono esta información, entiendo que seré legalmente responsable por el pago total de todo el equipo o servicios que hayan sido proporcionados por LCA.

Política de privacidad

He leído y entendido la política de privacidad de Lingraphicare America, Inc. disponible en aphasia.com/privacy-policy.

Propiedad de un dispositivo generador de habla

Nunca he sido propietario de un dispositivo generador de habla

Actualmente tengo, o he tenido en el pasado un dispositivo generador de habla:

Marca: _____ Modelo: _____ Fecha de la compra: _____

¿Su compañía de seguros actual pagó el dispositivo? _____

Típicamente las compañías de seguros cubren un dispositivo generador de habla cada cinco años. Si su compañía de seguros cubrió el costo del dispositivo, envíenos toda documentación de apoyo tal como la "Explicación de beneficios" o la hoja de embalaje de su dispositivo anterior.

Autorización del cliente

He leído y acepto las provisiones anteriormente señaladas:



Firma del cliente o de la persona autorizada



Fecha



En letra de molde Nombre del cliente o de la persona autorizada

Relación con el cliente

Razón por la que el cliente no puede firmar

K0190B1019