

Formulario de autorización de cobro de ambulancia – PROVEEDORES (Fecha de revisión 11/03/2014)

Nombre del paciente: _____ Fecha de transporte: _____ Llamada # _____

La persona que firma abajo en la sección I o II únicamente (por sí misma como paciente o como representante legal, o como sustituta para dar consentimiento para el tratamiento, en nombre del paciente indicado arriba): (1) reconoce que la atención médica y el transporte ("Servicios") prestados al paciente fueron efectivamente recibidos y se limitaron únicamente a tratamiento y transporte de emergencia; (2) autoriza dichos Servicios como médicamente necesarios; (3) autoriza e instruye a cualquier portador de información o documentación médica sobre el paciente para entregar dicha información al Proveedor, sus agentes de cobranza, CMS, sus aseguradoras y agentes y/o cualquier otro pagador o asegurador según corresponda para determinar cualquier beneficio pagadero por estos o cualquier otro servicio médico prestado al paciente por parte del Proveedor ahora o en el futuro; (4) cede por completo al Proveedor todos los derechos sobre (y aquellos relacionados o asociados con) cualquier reclamación o pago de beneficios por parte de un pagador externo como reembolso o pago por los Servicios, incluidos, entre otros, los derechos para emprender reclamaciones administrativas, solicitar documentos, recibir pagos e instaurar litigios con el fin de exigir el pago; (5) en la medida en que dicha cesión sea inaplicable, designa al Proveedor para actuar como el "representante autorizado" del paciente bajo 29 C.F.R. §2560.503-1(b)(4) y la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación para Empleados (Employee Retirement Income Security Act) de 1974 (y cualquier otra ley, regla o regulación estatutaria o de derecho común aplicable), con respecto a todos los aspectos de la reclamación (Reclamación) del paciente de beneficios bajo cualquier plan aplicable de beneficios o de bienestar para el pago de los servicios médicos prestados al paciente por parte del Proveedor; instruye al plan de beneficios o bienestar del paciente y a quienes lo administran, o a aquellos que se comunican con los participantes y beneficiarios con respecto a reclamaciones de beneficios, a que se comuniquen directamente con el Proveedor con respecto a la Reclamación y el pago de beneficios relacionados con la Reclamación; y acuerda que, como parte integral de la solicitud de la Reclamación (o de una apelación de una determinación adversa sobre beneficios) hasta su conclusión, el Proveedor deberá recibir cualquier y toda la información y las notificaciones originales, incluidos sin limitación alguna los cheques u otras formas de pago que se realice para o en nombre del paciente, o a los cuales el paciente tenga derecho, con respecto a la Reclamación (solamente pueden enviarse copias al paciente); (6) en la medida en que la cesión de beneficios sea aplicable, solicita que el pago de beneficios autorizados de Medicare, Medicaid, un seguro o cualquier otro beneficio se realice en nombre del paciente directamente al Proveedor por todo servicio médico prestado al paciente por el Proveedor ahora o en el futuro, salvo que tal solicitud o pago directo limiten la capacidad del Proveedor para facturar el saldo al paciente u otra persona encargada; (7) acuerda que el paciente es financieramente responsable de, y se obliga a pagar, el monto cobrado por el Proveedor por los servicios médicos, incluido todo monto que no pague algún pagador externo (salvo que el Proveedor sea un proveedor de la red contratado para dicho pagador, en cuyo caso se adeuda cualquier copago o deducible que se aplique); (8) acuerda hacer sus mejores esfuerzos para colaborar con, y para ayudar, al Proveedor a recibir el pago total por los servicios médicos prestados al paciente, incluido remitir de inmediato al Proveedor todo pago que se reciba directamente de un asegurador o cualquier otra fuente por los servicios médicos prestados al paciente por el Proveedor; (9) acuerda que el Proveedor no es responsable por ningún artículo personal que se pierda o se dañe durante el transporte del paciente; (10) acuerda que las disposiciones de este acuerdo son divisibles y que, en la medida en que una disposición sea aplicable, el saldo adeudado del contrato se cobrará; y (11) acepta que una copia de este documento es válida como un original para todos los efectos.

Med-Trans Corporation DBA North Colorado Med Evac

Proveedor significa _____
(Nombre de la compañía incluidos cualquier nombre o denominación comercial aplicable)

SECCIÓN I – FIRMA DEL PACIENTE: El paciente debe firmar aquí salvo que esté física o mentalmente incapacitado para hacerlo. Si el paciente firma con una "X" u otra marca, se recomienda que alguien firme abajo como testigo.

X _____ X _____
Firma o marca del paciente Fecha Firma del testigo Fecha

SECCIÓN II – FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO: Llène esta sección únicamente si el paciente tiene alguna discapacidad física o mental que le impide firmar.

En la línea de abajo, explique las circunstancias por las cuales el paciente no firma:

Estoy firmando en nombre del paciente para autorizar la presentación de una reclamación para pago a Medicare, Medicaid o a cualquier otro pagador por todos los servicios prestados al paciente por el Proveedor (nombrado arriba) ahora o en el pasado (o en el futuro, siempre que se permita). Al firmar abajo, reconozco que soy uno de los firmantes autorizados que se enumeran abajo. **Salvo que yo sea el tutor legal según se indica más abajo, mi firma no es una aceptación de responsabilidad financiera por los servicios prestados.**

Los representantes autorizados incluyen solamente a las siguientes personas:

- Tutor legal del menor de edad
- Tutor legal del paciente
- Pariente u otra persona que recibe beneficios del Seguro Social u otros beneficios gubernamentales en nombre del paciente
- Pariente u otra persona que coordina el tratamiento del paciente o ejerce otras responsabilidades por los asuntos del paciente
- Representante de una agencia o institución que no prestó los servicios por los que se reclama el pago (es decir, servicios de ambulancia), pero prestó otro tipo de atención, servicios o asistencia al paciente

X _____
Firma del representante Fecha Nombre en letra de imprenta y dirección del representante

SECCIÓN III – FIRMAS DE LA TRIPULACIÓN DE LA AMBULANCIA Y DEL ESTABLECIMIENTO RECEPTOR: Llène esta sección solamente si: (1) el paciente estaba física o mentalmente incapacitado para firmar, y (2) no había ningún representante autorizado (Sección II) disponible o dispuesto a firmar en nombre del paciente al momento del servicio.

A. Declaración de miembro de la tripulación de la ambulancia (el miembro de la tripulación al momento del transporte debe llenar esta sección)

Mi firma abajo indica que, al momento del servicio, el paciente nombrado arriba estaba física o mentalmente incapacitado para firmar, y que ninguno de los representantes autorizados que se enumeran en la Sección II de este formulario estaba disponible o dispuesto a firmar en nombre del paciente.

En el evento de que el paciente fallezca, nombre de la persona o el establecimiento que cancela el transporte: _____

Nombre y lugar del establecimiento receptor: _____ Hora en el establecimiento receptor: _____

X _____ X _____
Firma del miembro de la tripulación Fecha Nombre en letra de imprenta y cargo del miembro de la tripulación

B. Firma del representante del establecimiento receptor

El paciente nombrado en este formulario fue recibido por este establecimiento en la fecha y hora indicadas arriba. **Mi firma no es una aceptación de responsabilidad financiera por los servicios prestados a este paciente.**

X _____ X _____
Firma del representante del establecimiento receptor Fecha Nombre en letra de imprenta y cargo del representante del establecimiento receptor

O Documentación secundaria

Si no se obtiene arriba la firma de un representante del establecimiento receptor, la tripulación de la ambulancia debe obtener la hoja informativa del establecimiento receptor y/o el Informe de atención del paciente (firmado por el representante del establecimiento receptor), que indiquen que el paciente fue transportado a ese establecimiento en ambulancia en la fecha y hora indicadas arriba. La divulgación de esta información al servicio de ambulancia está expresamente permitida por la sección §164.506(c) de la ley HIPAA.