



## Cesión de Beneficios y Divulgación de Historia Médica de Medicare

\*\*\* NOTIFICACIÓN: Paciente de la parte B de Medicare, se requiere una firma \*\*\*

CESIÓN DE BENEFICIOS: AUTORIZACIÓN DE POR VIDA DE LA PARTE B DE MEDICARE: Por el presente, cedo a Memorial Specialty Pharmacy todos los beneficios de seguros y pagos que tengo derecho a recibir de terceras partes que tienen la obligación de pagar mis medicamentos, lo que incluye Medicare y/o Medicaid si corresponde, y todos los servicios, medicamentos, equipos o suministros provistos por Memorial Specialty Pharmacy. Autorizo a Memorial Specialty Pharmacy a reclamar directamente dichos beneficios de seguros y pagos de todas las terceras partes que deben pagar mi medicación y esta cesión de beneficios debe ser continuada, a menos que la cancele por escrito y hasta que yo lo haga. La cancelación de esta cesión de beneficios tendrá efecto cuando se entregue a Memorial Specialty Pharmacy, mi(s) asegurador(es) y cada tercera parte que deba pagar mi medicación. Solicito que el pago de los beneficios de Medicare autorizados se realice directamente a Memorial Specialty Pharmacy en mi nombre, en caso de toda medicación provista por Memorial Specialty Pharmacy.

Nombre del beneficiario: \_\_\_\_\_

# de reclamo del seguro de salud: \_\_\_\_\_

# de cuenta: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

Firma del beneficiario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Si el beneficiario no puede firmar, el Representante Autorizado debe completar toda la siguiente información:**

Nombre del beneficiario: \_\_\_\_\_

Representante autorizado: \_\_\_\_\_

Relación con el beneficiario: \_\_\_\_\_

Razón médica para la incapacidad del beneficiario de firmar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_