

**Franciscan Spine Center**  
**8051 S. Emerson Avenue, Suite 360**  
**Indianapolis, IN 46237**  
**(317) 783-8494 Fax: (317) 782-6008**

**Authorization of Care/Release of Information And Assignment of Benefits**

**CONSENT TO TREAT**

The term "Healthcare provider(s) in this document means Franciscan Spine Center, its agents and employees, members of the medical staff, their agents and employees, and other healthcare practitioners who provide care to patients. Permission is hereby granted to all healthcare providers involved in my care to administer such examination, treatment, testing, and procedures as are deemed necessary in the course of my care.

**RELEASE OF INFORMATION**

Information about me necessary to substantiate any insurance claims may be released by the healthcare provider involved in my care.

**FINANCIAL RESPONSIBILITY/HMO MEMBERS**

I authorize any HMO insurance plan in which I am enrolled to pay benefits directly to my HMO Healthcare Provider. I agree to pay all relevant copays for services covered by my HMO plan. Payment for services not covered by my HMO benefits will be my responsibility. If copays and payment for non-covered services are not paid appropriately, collection of the amount due shall be as described under Financial Responsibility/Assignment of Benefits. Co-Payments are due at the time of service.

**FINANCIAL RESPONSIBILITY/ASSIGNMENT OF BENEFITS**

For those healthcare providers who accept assignment, I hereby authorize any insurance carrier with whom I have a policy to pay directly to that provider any benefits of any policies of insurance to those healthcare providers who have rendered services to me and who accept such assignment.

I agree to pay all charges, which are not paid in full by assigned insurance. If amounts due to the healthcare providers are not paid after reasonable notice, the account shall be deemed delinquent and a service charge shall be added to the amount due. In the event that I default on payment of my account, I agree to be responsible for collection fees and interest due on amounts in default, including court costs and reasonable attorney's fees. If the debt is assigned to a third party for collection, I agree to be responsible for collection fees and interest due on amounts in default.

**LIFETIME BENEFICIARY CLAIM AUTHORIZATION AND INFORMATION RELEASE**

I request that payment of authorized Medicare benefits be made either to me or on my behalf to Franciscan Spine Center for any services furnished me by that physician/supplier. I authorize any holder of medical information about me to release to the Health Care Financing Administration and its agents any information needed to determine these benefits or the benefits payable to related services.

I understand my signature requests that payment be made and authorizes release of medical information necessary to pay the claim. If other health insurance is indicated on item 9 of the HCFA-1500 claim form or elsewhere on other approved claim forms or electronically submitted claims, my signature authorizes releasing of the information to the insurer or agency shown. In Medicare assigned cases, the physician or supplier agrees to accept the charge determination of the Medicare carrier as the full charge, and the patient is responsible only for the deductible, coinsurance, and non-covered services. Coinsurance and the deductible are based upon the charge determination of the Medicare carrier.

_____			
Patient's Printed Name			
_____			
Signature	Relationship (If other than patient)	Date	
_____	_____	_____	_____
Witness	Date	Witness	Date
_____	_____	_____	_____



**Franciscan Spine Center**  
**8051 S. Emerson Avenue, Suite 360**  
**Indianapolis, IN 46237**  
**(317) 783-8494 Fax: (317) 782-6008**

**Autorización de Cuidados Médicos/Liberación de Información y Asignación de Beneficios**

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO**

El término "Proveedor(es)" de Servicios de Salud en este documento significa el Franciscan Spine Center, sus agentes y empleados, miembros del equipo médico, sus agentes y empleados y otros profesionales de Servicios de Salud que proveen cuidado a pacientes. Por medio del presente documento autorizo a todos aquellos proveedores de Servicios de Salud involucrados en mi cuidado, para practicar aquellos exámenes, tratamientos, pruebas y procedimientos que consideren necesarios durante mi tratamiento.

**LIBERACION DE INFORMACION**

El Proveedor de Servicios de Salud involucrado en mi cuidado puede revelar aquella información personal que sea necesaria para justificar cualquier reclamo de seguros.

**RESPONSABILIDAD FINANCIERA/MIEMBROS DE PLANES HMO (Health Management Organizations)**

Autorizo a cualquier plan de seguros HMO en el cual esté registrado, a pagar directamente beneficios al Proveedor de Servicios de Salud de mi plan HMO. Accedo a pagar todos los co-pagos (pagos complementarios) relacionados con los servicios cubiertos bajo mi plan HMO. Me hago responsable por el pago de los servicios no cubiertos por los beneficios de mi plan HMO. Si los co-pagos y el pago por aquellos servicios no cubiertos no son cancelados de manera oportuna, la cobranza del monto será efectuada de la manera descrita bajo Responsabilidad Financiera/Asignación de Beneficios. Los co-pagos se consideran vencidos al momento del servicio.

**RESPONSABILIDAD FINANCIERA/ASIGNACION DE BENEFICIOS**

Con relación a aquellos Proveedores de Servicios de Salud que aceptan asignación de beneficios: Por medio del presente documento, autorizo a cualquier firma aseguradora con la que yo haya establecido una póliza, a pagar los beneficios de mis pólizas de seguros directamente a aquellos Proveedores de Servicios de Salud que me hayan prestado servicios y que acepten tales asignaciones.

Acepto pagar todos los cargos que no hayan sido pagados en su totalidad por el Seguro asignado. Si los montos adeudados a los Proveedores de Servicios de Salud no son pagados luego de recibir una notificación adecuada, la cuenta será considerada morosa y se cobrará un recargo por servicio sobre el monto adeudado. En el evento de que yo incumpliese con el pago de mis facturas, me hago responsable de los costos de cobranza y los intereses aplicables a los montos en mora, incluyendo costos judiciales y honorarios razonables de abogados. Si la deuda es remitida a terceros para su cobranza, me hago responsable de los costos de cobranza e intereses adeudados sobre los montos en mora.

**AUTORIZACION DE RECLAMO Y LIBERACION DE INFORMACION DEL BENEFICIARIO DE POR VIDA**

Deseo que el pago de beneficios de Medicare autorizados, se realicen ya sea a mi persona o en mi nombre al Franciscan Spine Center, por cualquiera de los servicios que tal médico/proveedor me preste. Autorizo a cualquier poseedor de mi información médica a liberar a la Administración para el Financiamiento de Servicios de Salud (Health Care Financing Administration - HCFA), y a sus agentes, cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios que pueden pagarse por los servicios relacionados.

Entiendo que al firmar solicito que se efectúe el pago y autorizo la liberación de la información médica necesaria para pagar el reclamo. Si algún otro seguro de salud está indicado en el artículo 9 del formulario de reclamo HCFA-1500, o en cualquier otro lugar en los formularios de reclamo aprobados, o en reclamos sometidos electrónicamente, al firmar autorizo la liberación de información al asegurador o agencia indicada. En casos de asignación de beneficios de Medicare, el médico o proveedor, acuerda aceptar la determinación de cargos de la agencia de Medicare como cargo total, y el paciente es responsable únicamente del deducible, coaseguro (seguro complementario) y servicios no cubiertos. El coaseguro y el deducible están basados en la determinación de cargos de la agencia de Medicare.

\_\_\_\_\_  
 Nombre del Paciente en Letra Imprenta

_____ Firma	_____ Relación (Si no es el Paciente)	_____ Fecha
_____ Testigo	_____ Fecha	_____ Testigo
		_____ Fecha