

BALBOA NEPHROLOGY MEDICAL GROUP, INC.

RECIBO DE LA NOTIFICACION DE POLIZA DE PRIVACIDAD Y PRACTICAS

YO RECONOZCO QUE BALBOA NEPHROLOGY MEDICAL GROUP ME HA DADO LA OPORTUNIDAD DE RECIBIR O REVISAR UNA COPIA DE:

LA NOTIFICACION DE POLIZA DE PRIVACIDAD Y PRACTICAS.

ENTIENDO QUE EN EL FUTURO PUEDEN OCURRIR ENMIENDAS A ESTA PÓLIZA Y QUE UN RESUMEN ACTUAL DE ESTA MODIFICACIÓN SERÁ PUBLICADO EN LA OFICINA MÉDICA PARA PODERLA REVISAR. UNA COPIA DE LA NOTIFICACION MODIFICADA ESTARÁ DISPONIBLE A MI PETICIÓN.

Nombre Completo

Fecha

Firma

Telefono

Fecha de Nacimiento

Doctor

Relacion con el Paciente (si es alguien mas que el paciente)

NOMBRE DEL PACIENTE (IMPRIMA) _____

RENUNCIA DE ELIGIBILIDAD DEL PACIENTE & FORMA DE RESPONSABILIDAD FINANCIERO

El proposito de este formulario es ayudar a nuestros pacientes a entender sobre el seguro medico, la elegibilidad, la cobertura, la politica de la oficina de compra y servicios medicos.

Se debe entenderse que:

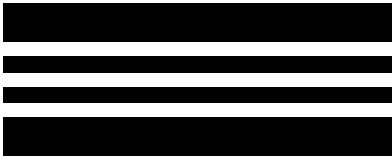
- Nuestra oficina commercial facturara a su compañía de seguro primario y secundario.
- Si usted no tiene seguro, pago es requerido al tiempo de servicio.
- Prestamos nuestros servicios en base a que las compañía de seguros pueden o no pueden pagar la totalidad o una parte de nuestros gastos.
- Las autorizaciones para el tratamiento medico de su compañía de seguros medicos no garantizan el pago total por el servicio.
- No todas las compañías de seguros/de terceros pagan por todos los servicio, cada politica tiene sus propias estipulaciones particulares con respeto a los servicios cubiertos o la cantidad de la cobertura.
- Todas las compañía de seguros afirman que la verificacion de la cobertura no es una garantia de cobertura o pago. Los beneficios reales son determinados por su compañía de seguro despues de que ya se reciba una reclamacion.
- Los pacientes son personalmente responsables de conocer y comprender sus propias poliza de seguro, la elegibilidad y la cobertura.
- Los pacientes son responsables por el pago de deducibles y las cantidades pendientes de coaseguros en el momento del servicio. Los copagos se recogeran en el momento del servicio.
- Los pacientes son financieramente responsables de los pagos de todos los procedimientos no autorizados y de los servicios no cubiertos.
- Los cambios en la cobertura del seguro deben ser reportados a nuestro personal rapidamente para evitar la responsabilidad financiera.

El paciente o pacientes representante legal presente reconoce que el/ella es elegible para los beneficios del plan asi como todos los procedimientos no autorizados y los servicios no cubiertos el/ella entiende y acepta plenamente financieramente responsable de pago de todos los costos incurridos durante la entrega de los servicios de salud y se comprometa a pagar todos los cargos al medico en consecuencia.

Firma del Paciente o Tutor

Fecha

PLEASE DO NOT STAPLE IN THIS AREA



CARRIER

PICA

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM

PICA

1. MEDICARE MEDICAID CHAMPIUS CHAMPVA GROUP HEALTH PLAN FECA BLK LUNG OTHER (Medicare #) (Medicaid #) (Sponsor's SSN) (VA File #) (SSN or ID) (SSN) (ID)

2. PATIENT'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial) 3. PATIENT'S BIRTH DATE MM DD YY SEX M F 4. INSURED'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial)

5. PATIENT'S ADDRESS (No., Street) 6. PATIENT RELATIONSHIP TO INSURED Self Spouse Child Other 7. INSURED'S ADDRESS (No., Street)

CITY STATE 8. PATIENT STATUS Single Married Other

ZIP CODE TELEPHONE (Include Area Code) () 9. OTHER INSURED'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial) 10. IS PATIENT'S CONDITION RELATED TO: 11. INSURED'S POLICY GROUP OR FECA NUMBER

a. OTHER INSURED'S POLICY OR GROUP NUMBER a. EMPLOYMENT? (CURRENT OR PREVIOUS) YES NO b. AUTO ACCIDENT? YES NO PLACE (State) c. OTHER ACCIDENT? YES NO 10d. RESERVED FOR LOCAL USE

a. INSURED'S DATE OF BIRTH MM DD YY SEX M F b. EMPLOYER'S NAME OR SCHOOL NAME c. INSURANCE PLAN NAME OR PROGRAM NAME

d. IS THERE ANOTHER HEALTH BENEFIT PLAN? YES NO If yes, return to and complete item 9 a-d.

12. PATIENT'S OR AUTHORIZED PERSON'S SIGNATURE I authorize the release of any medical or other information necessary to process this claim. I also request payment of government benefits either to myself or to the party who accepts assignment below. SIGNED DATE

13. INSURED'S OR AUTHORIZED PERSON'S SIGNATURE I authorize payment of medical benefits to the undersigned physician or supplier for services described below. SIGNED

14. DATE OF CURRENT: ILLNESS (First symptom) OR INJURY (Accident) OR PREGNANCY(LMP) 15. IF PATIENT HAS HAD SAME OR SIMILAR ILLNESS. GIVE FIRST DATE MM DD YY

16. DATES PATIENT UNABLE TO WORK IN CURRENT OCCUPATION FROM MM DD YY TO MM DD YY 17. NAME OF REFERRING PHYSICIAN OR OTHER SOURCE 17a. I.D. NUMBER OF REFERRING PHYSICIAN 18. HOSPITALIZATION DATES RELATED TO CURRENT SERVICES FROM MM DD YY TO MM DD YY

19. RESERVED FOR LOCAL USE 20. OUTSIDE LAB? \$ CHARGES YES NO

21. DIAGNOSIS OR NATURE OF ILLNESS OR INJURY. (RELATE ITEMS 1,2,3 OR 4 TO ITEM 24E BY LINE) 22. MEDICAID RESUBMISSION CODE ORIGINAL REF. NO. 23. PRIOR AUTHORIZATION NUMBER

24. A B C D E F G H I J K DATE(S) OF SERVICE, From To Place of Service Type of Service PROCEDURES, SERVICES, OR SUPPLIES (Explain Unusual Circumstances) CPT/HCPCS MODIFIER DIAGNOSIS CODE \$ CHARGES DAYS OR UNITS EPSDT Family Plan EMG COB RESERVED FOR LOCAL USE

1. 2. 3. 4. 5. 6.

Su firma permite que Balboa Nephrology Medical Group, INC cobre a su compañía de aseguranza medica durante el tiempo que usted sea paciente en nuestra oficina. Para retirar su permiso, por favor pida por escrito. Gracias.

25. FEDERAL TAX I.D. NUMBER SSN EIN 26. PATIENT'S ACCOUNT NO. 27. ACCEPT ASSIGNMENT? (For govt. claims, see back) YES NO 28. TOTAL CHARGE \$ 29. AMOUNT PAID \$ 30. BALANCE DUE \$

31. SIGNATURE OF PHYSICIAN OR SUPPLIER INCLUDING DEGREES OR CREDENTIALS (I certify that the statements on the reverse apply to this bill and are made a part thereof.) SIGNED DATE

32. NAME AND ADDRESS OF FACILITY WHERE SERVICES WERE RENDERED (If other than home or office)

33. PHYSICIAN'S, SUPPLIER'S BILLING NAME, ADDRESS, ZIP CODE & PHONE # PIN# GRP#

PATIENT AND INSURED INFORMATION

PHYSICIAN OR SUPPLIER INFORMATION



Consentimiento para revisar expedientes médicos para

California Institute of Renal Research (CIRR)

Como división de BNMG, CIRR tiene acceso a mas de 30 Nefrólogos, un programa de trasplante y a mas de 2,500 pacientes de diálisis. Esta relación, con los principales investigadores medicos, personal y centro de investigaciones médicas, ha hecho de CIRR un grupo reconocido a través del condado de San Diego.

CIRR se ha convertido en un centro de investigaciones médicas líder, en las áreas de especialidades de enfermedades crónicas del riñón (CKD), diálisis, acceso vascular y trasplante de riñón. CIRR ha trabajado con muchas compañías reconocidas internacionalmente.

SI, doy mi consentimiento para que CIRR revise mi expediente medico, para poder tener la posibilidad de participar en estudio de Investigación medicas. También pueden revisar mis registros para su posible publicación de los datos clínicos.

Firma

Fecha

Nombre completo

NO, doy mi consentimiento para que CIRR revise mi expediente medico.

Firma

Fecha

Nombre completo

Acumen Account #: _____