**Nueva cirugía de vida**

**Atif Iqbal, M.D. FACS, FASMBS**

**18225 Brookhurst Street, Ste 5**

**Fountain Valley, CA 92618**

Estimado paciente,

Como una cortesía a usted, nosotros intentaremos verificar sus beneficios de seguro antes de su cirugía; sin embargo, su compañía de seguros hace la determinación final sobre cómo su reclamo se paga después de recibir los reclamos por los distintos proveedores de servicio.

Hay probablemente cientos de diferentes pólizas de seguros en el mercado hoy. El lenguaje utilizado para describir beneficios siempre es consistente de un seguro a otro. Por ejemplo, una compañía de seguros puede reclamar pagar 80% de razonable y habitual, que generalmente significa el 80% de la factura cargada, pero también puede significar el 80% de arancel de la compañía de seguros.

Los representantes de servicio al cliente en las empresas de seguros están a menudo, claro a lo que significará exactamente los beneficios de la política para el paciente en real fuera de bolsillo dólares y ciento. Además, hay ocasiones cuando un proveedor de servicio no es parte de tu red.Algunos de estos proveedores podrían incluir el radiólogo que lee sus radiografías o neumólogo que interpreta la prueba de función pulmonar. Estos proveedores podrían ser pagados en una tarifa diferente que en los proveedores de red.

Por lo tanto, es recomendable que revise sus beneficios en su guía de compañía de seguros y preguntas de su compañía de seguros, ya que será responsable de lo que eres de bolsillo gastos están de acuerdo con las disposiciones de la póliza.

**ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS**

Se cobran todos los servicios profesionales prestados al paciente. Se completará los formularios necesarios para ayudar a agilizar el pago de la aseguradora. Sin embargo, el paciente es responsable de todos los cargos, independientemente de la cobertura de seguro.

Del asegurado o las personas autorizadas

Signature \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Solicitar ese pago de medicare autorizado / otros beneficios de la compañía de seguros se hizo en mi nombre a Atif Iqbal, M.D. por los servicios por mí, por la parte que acepta la asignación, médico. Aplicarán las normas relativas a las asignaciones de Medicare de los beneficios.

**Nueva cirugía de vida**

**Atif Iqbal, M.D. FACS, FASMBS**

**18225 Brookhurst Street, Ste 5**

**Fountain Valley, CA 92618**

**ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS FORMA**

**RESPONSABILIDAD FINANCIERA**

Todos los servicios profesionales prestados se cargan al paciente y se deben al tiempo de servicio, a menos que se han hecho otros arreglos por adelantado con nuestra oficina de negocios. Se completará los formularios necesarios para solicitar los pagos de las compañías de seguros.

**ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS**

Por la presente asigno a todos los beneficios médicos y quirúrgicos, que incluyen beneficios médicos a que tengo derecho. Por la presente autorizo y dirigir mi compañía de seguros, incluyendo Medicare, seguros privados y cualquier otro plan de salud médica, emisión de cheques de pago directamente a Atif Iqbal, M.D., por los servicios prestados a mi y/o mis dependientes independientemente de mis beneficios de seguro, si cualquier. Entiendo que soy responsable por cualquier monto no cubierto por el seguro.

**SE AUTORIZA LA INFORMACIÓN DE LA VERSIÓN**

Autorizo a nueva vida cirugía para: (1) liberar cualquier información necesaria para compañías de seguros con respecto a mi enfermedad y tratamientos; (2) proceso de reclamaciones de seguros generados en el curso de examen o tratamiento; y (3) permiten fotocopias de mi firma que se utilizará para procesar reclamaciones de seguros para el período de su vida. Esta orden permanecerá en efecto hasta revocado por mí en la escritura.

Han solicitado servicios médicos de la nueva cirugía de la vida en nombre de mi y/o mis dependientes y entender que al hacer esta petición, se convierten en completamente financieramente responsable por cualquier y todos los cargos incurridos en el curso del tratamiento autorizado.

Entiendo que los honorarios son exigibles y pagaderos en la fecha en que servicios se prestan y se compromete a pagar todos los gastos incurridos en su totalidad inmediatamente después de la presentación de la declaración correspondiente. Una fotocopia de este acuerdo debe ser considerada tan válida como la original.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_              \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de firma de paciente/responsable partido

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_              \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Testigo fecha

**Nueva cirugía de vida**

**Atif Iqbal, M.D. FACS, FASMBS**

**18225 Brookhurst Street, Ste 5**

**Fountain Valley, CA 92618**

**PACIENTE RESPONSABILIDAD FINANCIERA**

Si usted es incapaz de mantener su cita, se pide notificar a la oficina durante el horario regular por lo menos 24 horas antes de su hora de la cita. Por favor nota este fin de semana no se consideran un día hábil. Si su cita es el lunes, usted debe cancelar por el viernes antes del fin de semana.

Si no proporcionas 24 horas aviso falta a su cita, considerado como un no show y se le pedirá que pagar $50,00 para reprogramar su cita. Esta tarifa es su responsabilidad; no es cubierto o reembolsado por la aseguradora.

Todos los candidatos a cirugía bariátrica debe tener una consulta psicológica con un psicólogo del programa. Si usted es un paciente bariátrico, usted será no reprogramado para otro nombramiento hasta que sea pagado el psicólogo.

Estoy de acuerdo en acatar los términos de este acuerdo y aceptar completa responsabilidad para pagar todos los gastos incurridos. Una vez que los honorarios son pagados, el médico determinará si el nombramiento debe ser reprogramado y recibirás una llamada.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_              \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paciente fecha de impresión

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_              \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paciente fecha

**Nueva cirugía de vida**

**Atif Iqbal, M.D. FACS, FASMBS**

**18225 Brookhurst Street, Ste 5**

**Fountain Valley, CA 92618**

**AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE LOS REGISTROS MÉDICOS**

Patient name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

To: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                        \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                        \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por la presente autorizo a soltar mi expediente médico para:

**Atif Iqbal, M.D. FACS, FASMBS**

**18225 Brookhurst Street, Ste 5**

**Fountain Valley, CA 92618**

**P: 714-599-8222 F: 714-599-8223**

Cualquier información incluyendo el diagnóstico y registros de cualquier tratamiento o prestados a mí durante el examen:

From: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ To: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si usted tiene cualesquiera preguntas, sienta por favor libre entrar en contacto con nuestra oficina.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_              \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paciente fecha

**Nueva cirugía de vida**

**Atif Iqbal, M.D. FACS, FASMBS**

**18225 Brookhurst Street, Ste 5**

**Fountain Valley, CA 92618**

Yo, \_\_\_ de acuerdo que el personal de esta oficina acceder mi carta astral, o contactarme para médico y administrativo seguimiento de necesidades. Esto se hará por visitas al consultorio, teléfono, correo electrónico, fax o cualquier otro medio que estime oportunas.

Entiendo que todos mis records, preoperatoria, perioperatoria y posoperatoria se mantendrá en una base de datos confidencial.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_              \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paciente fecha de impresión

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_              \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Momento de la firma del paciente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_              \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección Ciudad Estado Código postal

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_              \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Testigo fecha

**Nueva cirugía de vida**

**Atif Iqbal, M.D. FACS, FASMBS**

**18225 Brookhurst Street, Ste 5**

**Fountain Valley, CA 92618**

**COMO DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS**

"I" o "Guarda del paciente", a ser entendido como \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. "Médico" se entenderá el Dr. Iqbal, Atif

Entiendo que estoy entrando en una relación contractual con el médico de atención profesional. Entiendo que infundadas y frívolas reclamaciones de negligencia médica tienen un efecto adverso sobre el costo y la disponibilidad de atención médica a los pacientes y pueden resultar en un daño irreparable a un médico. Como consideración adicional para el cuidado profesional a mí el médico. Yo, o el tutor del paciente, acuerda no iniciar o promover, directa o indirectamente, las reclamaciones infundadas o frívolas de mala praxis médica contra el médico.

Debería yo iniciar o proseguir un reclamo de mala praxis médica meritorio contra el médico, estoy de acuerdo con expertos testigos (con respecto a cuestiones relativas a la atención estándar), sólo los médicos que están certificados por la Junta Americana de especialidades médicas en la misma especialidad como médico. Además, estoy de acuerdo que estos médicos retenidos por mí o en mi nombre para ser peritos serán miembros de la ASMBS y certificado por la Junta. Estoy de acuerdo que el perito estará obligado a adherirse a las directrices o el código de conducta definida por la ASMBS. Estoy de acuerdo requerir cualquier abogado que contratar y cualquier médico contratado por mí o por mi cuenta como testigo experto a estas disposiciones.

En consideración, el médico designado deberá también aceptar igual por encima de lo que se hace referencia. Cada parte está de acuerdo en que una conclusión por una con el debido proceso a un experto de la especialidad se considerará apoyar o refutar la evidencia de una demanda frívola o infundada.

El paciente, o mi tutor y el médico están de acuerdo en que este acuerdo es vinculante para ellos individualmente y sus sucesores representante, cesionarios, representantes, representantes personales, cónyuges y otros dependientes. Médico y paciente o tutor, de acuerdo en que estas disposiciones se aplican a cualquier reclamación por negligencia médica si basada en una teoría del contrato, negligencia, batería o cualquier otra teoría de recuperación. Paciente, o tutor, reconoce que le ha dado amplia oportunidad de leer este acuerdo y hacer preguntas sobre él.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A partir de la fecha de tratamiento

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_              \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paciente firma del médico: Atif Iqbal, M.D.