



**CORONA SUMMIT  
SURGICAL CENTER**

---

**Asignación de Beneficios  
Declaración del Paciente**

Por la presente autorizo a mi compañía de seguros a pagar con cheque a nombre y por correo directamente a:

**Corona Summit Surgical Center  
2370 Dr. Anselmo  
Corona, CA 92879**

por los beneficios médicos y quirúrgicos admisibles, y de otra manera pagadero a mí por mi póliza de seguro actual, como el pago a los gastos totales de los servicios prestados. Entiendo que como una cortesía para mí, Corona Summit Centro Quirúrgico presentará una reclamación a mi compañía de seguros en mi nombre. Sin embargo, yo soy responsable por, y por la presente estoy de acuerdo de pago, de manera actual, los cargos no cubiertos por el pago del seguro. Si mi compañía de seguros me / pareja ningún control por los servicios prestados en el Centro envía, voy a traer o enviar por correo el cheque para el Centro de Cirugía de inmediato. Voy a endosar el cheque y anotar "Páguese a la orden del centro de Cirugía" o depositar el cheque, y luego enviar un personal o cheque de caja. Si es necesario presentar una acción de cobro formal, estoy de acuerdo en pagar todos los gastos incurridos por el centro ambulatorio de la colección de las cuotas pendientes. Beneficios de los planes actuales no se puede determinar hasta que el reclamo es recibido por su compañía de seguros y se basa en la determinación de necesidad médica. La información recibida del anteriormente indicado no es una garantía de pago. Estoy de acuerdo que soy responsable por los deducibles anuales o servicios no cubiertos por mi seguro (s), con independencia de que mi seguro es Medicare, privado o HMO. Servicios médicos, de laboratorio y patología son facturados por separado del Centro. Pacientes en efectivo se deben pagar al Centro en el momento del servicio.

---

Para los servicios de Anestesia Prestados, por la presente autorizo a mi compañía de seguros a pagar con cheque a nombre y por correo directamente a:

**Focused Care Anesthesia Consultants  
8161 Kaiser Blvd #27547  
Anaheim, Ca 92809**

por los beneficios de anestesia admisibles, y de otra manera pagadero a mí por mi póliza de seguro actual, como el pago a los gastos totales de los servicios prestados. Entiendo que como una cortesía

para mí, mi proveedor de anestesia van a presentar una reclamación a mi compañía de seguros en mi nombre. Sin embargo, yo soy responsable por, y por la presente estoy de acuerdo de pago, de manera actual, los cargos no cubiertos por el pago del seguro. Si es necesario presentar una acción de cobro formal, estoy de acuerdo en pagar todos los costos, incluyendo los honorarios razonables de abogados incurridos por el centro médico ambulatorio en el cobro de las cuotas pendientes.

Beneficios de los planes actuales no se puede determinar hasta que el reclamo es recibido por su compañía de seguros y se basa en la determinación de necesidad médica. La información recibida del anteriormente indicado no es una garantía de pago.