



**MEDICAID & MEDICARE  
PAYMENT AUTHORIZATION FOR HOSPITAL AND PHYSICIAN SERVICES**

Patient Name \_\_\_\_\_

MR# \_\_\_\_\_

I certify that the information given by me in applying for payment, under the Title XVIII and/or XIX of the Social Security Act is correct. I authorize any holder of medical or other information about me to release to the Social Security Administrator or its intermediaries or carriers, any information needed for this or a related Medicaid or Medicare claim. I request that payment of authorized benefits be made on my behalf. I assign the benefits payable for physician services to the physician or organization furnishing the services or authorize such physician or organization to submit a claim to Medicare and/or Medicaid for payment. For outpatient services, I request that this authorization to the period of \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_. I also certify that if I assign my Medicare and/or Medicaid to an H.M.O. other than anyone in conjunction with Borinquen Medical Centers is with the understanding that Borinquen Medical Centers will not be responsible for my health care  
(Signature by mark must be witnesses)

Signature \_\_\_\_\_  
(Patient or authorized representative)

Date \_\_\_\_\_

**MEDICAID & MEDICARE  
AUTORIZACION DE PAGOS POR SERVICIOS HOSPITALARIOS Y MEDICOS**

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

MR# \_\_\_\_\_

Yo certifico que la información que ofrecí en mi solicitud para realizar mis pagos bajo el Titulo XVIII y/o XIX del Acta de Seguro Social es correcta. Autorizo a cualquiera que tenga información medica o de otro tipo acerca de mi, que ofrezca a la Administración del Seguro Social, sus intermediarios de pago relacionada con el Medicare o Medicaid, yo solicito que el pago de los beneficios que sean autorizados sean hechos según esta petición yo transfiero los beneficios pagaderos por servicios médicos al medico u organización que preste los servicios y autorizo a tal medico o organización a someter una reclamación al Medicare o Medicaid para pagar. En cuanto a los servicios de pacientes externo, yo solicito que esta autorización se aplique al periodo de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_. También certifico que de yo asignare mi Medicaid o Medicare a un H.M.O. si no esta relacionado con la clínica Borinquen Medical Centers, entiendo que Borinquen Medical Centers no será responsable del cuidado de mi salud.

(Las firmas con una marca requieren el testimonio de un testigo)

Firma \_\_\_\_\_  
(Paciente o representate autorizada)

Fecha \_\_\_\_\_

**MEDICAID & MEDICARE  
OTORIZATION PÈMAN LOPITAL AK DOKTÈ**

Non Pasyian \_\_\_\_\_

MR# \_\_\_\_\_

Mwen sètifié ké infomasyon m'bay nan aplikasyon pou pèman amba sou tit XVIII é/ou XIX nan kontra social sékirité vré. Mwen otorizé tout moun ki guin aksè a infomasyon médikal ou lot ki konsèné'm yo ka baye yo a rékponsab social sékirité ou lot intèmediè pou ka sa é pou réklamasyon Ki guin rapo ak Medikèd ou bien Medikè. Mwen mandé ké pèman bénéfis yo fèt sou non mwen. Mwen bay dwa pou péyé bénéfis pou sèvis médikal a doktè ou oganizasyon ki founi sèvis médikal, mwen otorizé doktè ou oganizasyon sa pou mandé toushé nan Médikè é/ou Médikéd nan non mwen. Pou Lot sèvis pou pasyan éxstène mwen bay otorizasyon comansé jodia \_\_\_\_\_ jüska \_\_\_\_\_.

Mwen sèfifié tou ké mwen bay Médikè é/ou Médikéd mwen a yon H.M.O pa ninpot ki nan konjonksyon avèk Borinquen Medical Centers se ak Komprehension ké Borinquen MEDical Centers pa guin pou réponsab swen santé mwen.

(Signati siposé fèt dévan yon témwen)

Signati \_\_\_\_\_

(Pasyan ou réprézantan Otorizé)

Dat \_\_\_\_\_