

Contrato Privado de Medicare

El artículo 4507 de la Ley de Presupuesto Equilibrado declarada en 1997 permite que un médico o profesional celebre un contrato privado con un beneficiario de Medicare. Indique el nombre del proveedor y el nombre del beneficiario en los espacios correspondientes. Se requiere la firma del proveedor, de un testigo y del paciente/beneficiario o de su representante legal. El proveedor debe presentar una declaración jurada a Medicare en la que exprese su decisión de no participar.

Yo, _____ (**nombre del proveedor**) no he sido excluido de Medicare en virtud de los artículos 1128, 1156 o 1892 de la Ley de Seguridad Social _____ (**Registro Nacional del Proveedor (NPI)**).

Yo (beneficiario de Medicare) o mi representante legal acepto/acepta la responsabilidad plena del pago de todos los servicios prestados por _____ (**nombre del proveedor**).

Yo (beneficiario de Medicare) o mi representante legal entiendo/entiende que los límites de Medicare no se aplican a lo que _____ (**nombre del proveedor**) pueda cobrar por los artículos o servicios prestados.

Yo (beneficiario de Medicare) o mi representante legal me comprometo/se compromete a no presentar una reclamación a Medicare ni pedirle a _____ (**nombre del proveedor**) que presente una reclamación a Medicare.

Yo (beneficiario de Medicare) o mi representante legal entiendo/entiende que no se pagará a Medicare ningún artículo o servicio prestado por _____ (**nombre del proveedor**) que de otro modo habría sido cubierto por Medicare si no hubiera habido un contrato privado y se hubiera presentado una reclamación adecuada a Medicare.

Yo (beneficiario de Medicare) o mi representante legal celebro/celebra este contrato sabiendo que tengo derecho a obtener artículos y servicios cubiertos por Medicare de un médico y/o profesional que no haya optado por la exclusión de Medicare, y no estoy obligado a celebrar contratos privados que se apliquen a otros servicios cubiertos por Medicare prestados por otros médicos o profesionales que no hayan optado por la exclusión.

La fecha de entrada en vigencia prevista o conocida y la fecha de expiración prevista o conocida del período de exclusión voluntaria es _____ (**fecha de entrada en vigencia**) y _____ (**fecha de expiración**).

Yo (beneficiario de Medicare) o mi representante legal entiendo/entiende que los planes de Medigap no hacen pagos por artículos y servicios no pagados por Medicare, y que otros planes complementarios pueden optar por no hacer dichos pagos.

Este contrato no puede ser celebrado por mí o por mi representante legal en un momento en el cual yo requiera servicios de atención de emergencia o de urgencia. Sin embargo, un médico/profesional puede proporcionar servicios de atención de

emergencia o de urgencia a un beneficiario de Medicare de acuerdo con la sección 3044.28 del Manual de Operadoras de Medicare.

Yo (beneficiario de Medicare) o mi representante legal recibiré/recibirá o he recibido/ha recibido una copia (se admite una fotocopia) de este contrato, antes de la prestación de artículos o servicios hacia mí bajo los términos de este contrato.

Yo, _____ (**nombre del proveedor**) conservaré el contrato original (se requieren las firmas originales de ambas partes) durante el período de exclusión voluntaria.

Yo, _____ (**nombre del proveedor**) proporcionaré al Sistema de Gestión de Contenidos (CMS) una copia de este contrato si así lo solicita.

Yo, _____ (**nombre del proveedor**) entiendo que el contrato privado actual permanece en vigencia por dos años. Si vuelvo a optar por la exclusión de Medicare, completaré oportunamente un nuevo contrato para cada beneficiario de Medicare y presentaré oportunamente la(s) declaración(es) jurada(s) correspondiente(s) a todas las operadoras locales de Medicare.

Registro Nacional del Proveedor (NPI): _____

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del representante legal del paciente: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

Nombre del contacto: _____ Teléfono: _____

Dirección de correo del contacto: _____