



# Coast and Aloe Medicine and Aesthetics

Professional Corporation and Adrienne N. Burrows, M.D.

2001 Santa Monica Blvd. Ste 1265W, Santa Monica, CA 90404

Phone: 424.888.6298 • Fax: 424.456.3642

## Responsibility of Payment Notice

### **INDIVIDUAL'S FINANCIAL RESPONSIBILITY** *(Responsabilidad Financiera del Individuo)*

I understand that I am financially responsible for my health insurance deductible, coinsurance or non-covered service. Co-payments are due at time of service. In the event that my health plan determines a service to be "not payable", I will be responsible for the complete charge and agree to pay the costs of all services provided. If I am uninsured, I agree to pay for the medical services rendered to me at time of service. *(Entiendo que soy financieramente responsable por el deducible, coseguro o servicio no cubierto de mi seguro médico. Los copagos vencen al momento del servicio. En el caso de que mi plan de salud determine que un servicio "no es pagadero", será responsable del cargo completo y aceptaré pagar los costos de todos los servicios prestados. Si no tengo seguro, acepto pagar los servicios médicos que se me presten al momento del servicio.*

### **INSURANCE AUTHORIZATION FOR ASSIGNMENT OF BENEFITS** *(Autorización de seguro para asignación de beneficios)*

I hereby authorize and direct payment of my medical benefits to the Office of Dr. Adrienne Burrows on my behalf for any services furnished to me by the providers. *(Yo autorizo y dirijo el pago de mis beneficios médicos a la Oficina de la Dra. Adrienne Burrows en mi nombre por cualquier servicio que me brindan los proveedores).*

### **AUTHORIZATION TO RELEASE RECORDS** *(Autorización para divulgar registros)*

I hereby authorize the Office of Dr. Adrienne Burrows to release to my insurer, governmental agencies, or any other entity financially responsible for my medical care, all information, including diagnosis and the records of any treatment or examination rendered to me needed to substantiate payment for such medical services as well as information required for precertification, authorization or referral to other medical provider. *(Por la presente autorizo a la Oficina de la Dra. Adrienne Burrows a divulgar a mi aseguradora, agencias gubernamentales o cualquier otra entidad financieramente responsable de mi atención médica, toda la información incluido el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen que se me haya prestado para justificar el pago para dichos servicios medicos, asi como la información requerida para la precertificación, autorización o referencia a otro proveedor médico.*



# Coast and Aloe Medicine and Aesthetics

Professional Corporation and Adrienne N. Burrows, M.D.

2001 Santa Monica Blvd. Ste 1265W, Santa Monica, CA 90404

Phone: 424.888.6298 • Fax: 424.456.3642

## **MEDICARE REQUEST FOR PAYMENT** *(Solicitud de pago de Medicare)*

I request payment of authorized Medicare benefits to me or on my behalf for any services furnished me by or in the Office of Dr. Adrienne Burrows. I authorize any holder of medical or other information about me to release to Medicare and its agents any information needed to determine these benefits or benefits for related services. *(Solicito el pago de los beneficios autorizados de Medicare para mi o en mi nombre por cualquier servicio que me brinde o en la Oficina de la Dra. Adrienne Burrows. Autorizo a cualquier titular de información médica o de otro tipo sobre mi a divulgar a Medicare y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o beneficios para los servicios relacionados.*