



Iker Leycegui M.D.
Concierge -Internal Medicine and Primary Care à la Carte
Contrato Privado de Medicare

Este acuerdo se establece entre Iker Leycegui, M.D., cuyo principal lugar de negocios es: 145 NW Central Park Plaza Suite 101, Port St. Lucie, Florida, 34986_____ y

Nombre del Beneficiario/Paciente: _____

Dirección: _____

Número de identificación de Medicare: _____

Como participante en Medicare Parte B, usted busca servicios que generalmente están cubiertos por el programa de Medicare. Es importante señalar que el médico que usted está consultando ha elegido no participar en el programa de Medicare a partir del 1 de enero de 2024. Este estado de no participación no impide que el médico le proporcione consejos médicos, prescripciones o referencias para otros servicios como análisis de laboratorio, referido a otros especialistas o estudios adicionales. Debe ser consciente de que, aunque los servicios propios del médico no son facturables a Medicare bajo este contrato privado, cualquier servicio externo cubierto por Medicare que él prescriba o a que él le refiera, como trabajos de laboratorio o estudios de imágenes, todavía pueden estar cubiertos por Medicare.

Por favor, reconozca su comprensión de lo siguiente inicializando cada declaración:

___ Usted acuerda pagar directamente al médico y no buscará reembolso de Medicare por los servicios del médico.

___ Usted entiende que el médico puede establecer sus propios honorarios sin adherirse al programa de tarifas de Medicare.

___ Usted no presentará una reclamación ni pedirá al médico que presente una reclamación a Medicare por los servicios proporcionados bajo este contrato.

___ Usted reconoce que los servicios proporcionados bajo este contrato de otra manera estarían cubiertos por Medicare si no fuera por la existencia de este contrato privado.

___ Usted está celebrando este contrato con el conocimiento de que tiene la opción de buscar servicios cubiertos por Medicare de médicos que no han optado por no participar.

___ Usted está consciente de que las pólizas de seguro suplementario podrían no cubrir el costo de los servicios no reembolsados por Medicare.

___ Usted confirma que actualmente no necesita servicios médicos de emergencia o urgentes.

___ Usted ha recibido/ofrecido una copia de este contrato para sus registros.

El médico confirma que no está legalmente prohibido de participar en Medicare bajo las secciones 1128, 1156 o 1892 de la Ley del Seguro Social y que todavía pueden ordenar y referir servicios cubiertos por Medicare, que pueden ser reembolsados por Medicare cuando sea apropiado.

Este acuerdo será renovado cada 2 años para mantener el cumplimiento con Medicare.

Ejecutado en: Fecha _____

Por: _____

Nombre y Firma del Beneficiario o su representante legal

Y: _____, Iker Leycegui, M.D.