

1- EXAMPLE PROCEDURE AUTHORIZATION, ASSIGNMENT OF BENEFITS AND AGREEMENT TO PAY

Disclaimer: The following sample documents are provided for illustration purposes only (Spanish & English) VNUS Medical Technologies, Inc. recommends that each physician design his or her own personalized insurance carrier letter, establishing medical necessity for the VNUS Closure® procedure. VNUS Medical Technologies recommends that each physician tailor his or her own procedural overview, operative report and patient consent form to fit the practice's customary style, including the specific facts of each patient and to meet local requirements.

Ejemplo de Autorización de Procedimiento, Asignación de Beneficios y Acuerdo de Pago

Entiendo que al firmar este acuerdo, estoy autorizando a que se lleve a cabo la terapia de ablación de radiofrecuencia endovenosa de <insertar la vena que será tratada>, también conocido como el procedimiento VNUS Closure®, estando bajo el cuidado y supervisión del Dr. _____.

Autorizo el pago directo de cualquier beneficio de seguro médico para la ablación de <insertar la vena que será tratada- **insert vessel to be treated**>, también conocido como el procedimiento VNUS Closure, para que este pago se le haga directamente a mi médico, su agente, o a cualquier proveedor de estos servicios. También autorizo a mi compañía de seguros para que le otorgue a [insertar el nombre del proveedor] cualquier información pertinente a mis beneficios de seguro médico, y también el estatus de las peticiones de pago presentados para el pago de la terapia.

Reconozco que se harán esfuerzos razonables para que mi compañía de seguro médico pague esta terapia. En caso de que mi seguro no cubra esta terapia, estoy de acuerdo en que seré el responsable por el costo total de los cargos, o cualquier saldo que quede pendiente después de que mi seguro pague lo correspondiente.

Doy consentimiento para que se pueda tener acceso a mi información médica, para que se use para determinar si se autoriza el pago de la terapia de ablación de radiofrecuencia endovenosa de la <insertar la vena que será tratada- **insert vessel to be treated**>, también conocido como el procedimiento VNUS Closure. Este consentimiento será válido por el período de tiempo que sea razonablemente necesario, o hasta que yo revoque este consentimiento por escrito.

El que firma certifica lo siguiente: que el texto anterior ha sido leído, que una copia de el mismo ha sido recibida, y que el que firma es el paciente o un representante legalmente autorizado de el paciente, y como tal es responsable para ejecutar este documento, y aceptar estos términos.

Firma del Paciente

Nombre del Paciente

Fecha

Una vez firmado, favor de mandar por FAX a _____ al # _____.