

# CONTRACTO PARA LOS SERVICIOS BRINDADOS PARA BENEFICIARIOS DE MEDICARE

New River Family Wellness, PLLC  
420 East Second Street, West Jefferson, NC 28694

---

Este es un acuerdo entre \_\_\_\_\_ ("Medico"), cuyo negocio principal es New River Family Wellness, PLLC, y \_\_\_\_\_ ("Beneficiario"), quien reside en \_\_\_\_\_

---

y es un beneficiario de Medicare Parte A/B quien busca servicios cubiertos para los planes de Medicare Parte A/B.

- A.** El médico le ha informado al Beneficiario que el Medico ha optado en no participar en el programa Medicare por lo menos por dos años comenzando el 7/1/2019.
- B.** La participación del médico en el programa Medicare Parte A/B no fue excluida por razones descritas en las secciones 1128, 1156, o 1892 ni cualquier otra sección de la Acta de Seguro Social.
- C.** El Beneficiario o su representante legal acepta la responsabilidad entera por los pagos debidos al Médico por servicios brindados por el medico lo que incluye cualquier impuesto que tenga dichos servicios.
- D.** El Beneficiario o su representante legal comprende que los limites puestos por Medicare no aplican a lo que el Medico puede cobrar por los servicios brindados por el médico.
- E.** El Beneficiario o su representante legal está de acuerdo a no enviar un reclamo a Medicare o pedir que el Medico envíe un reclamo a Medicare de parte suya.
- F.** El Beneficiario o su representante legal comprende que no se aceptara pagos de parte de Medicare por cualquier de los servicios brindados por el Medico, servicios que podrían ser cubiertos por Medicare si es que no existiera este contrato privado y se hubiese enviado un reclamo a Medicare.
- G.** El Beneficiario o su representante legal entra en este contrato con el conocimiento de que tienen el derecho de obtener servicios cubiertos por Medicare al ir con otros médicos y proveedores de atención medica que han decidido aceptar Medicare, y que el Beneficiario no está obligado a participar en otros contratos privados con otros médicos o proveedores de atención medica que aceptan Medicare.
- H.** El día efectivo en el cual el Medico opto por no participar en Medicare es el 7/1/2019, y se esperar que esta opción sea indefinida.
- I.** El Beneficiario o su representante legal comprende que planes de Medigap no pagan, y que ciertos planes de seguro médico suplementales puede que elijan no pagar por servicios que no están cubiertos por Medicare.
- J.** El Beneficiario o su representante legal no entro en este contrato durante un periodo de tiempo donde el Beneficiario requería atención medica de emergencia o servicios urgentes.
- K.** El Medico le ha provisto una fotocopia del Contrato al Beneficiario o a su representante legal antes de que se le brindaran servicios al Beneficiario bajo los términos en este contrato.

Yo he leído y estoy acuerdo con todos los términos de este Contrato.

Beneficiario: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Medico: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_