



## **Formulario de Reconocimiento de Medicare**

Yo, \_\_\_\_\_, reconozco que tengo Medicare y que estoy buscando tratamiento con un proveedor que no participa en Medicare. Entiendo que estoy pagando tarifas de pago directo (self-pay) para recibir atención de este proveedor y que no presentaré ninguna solicitud de reembolso a Medicare ni a Medicaid por los servicios recibidos.

X \_\_\_\_\_  
Firma del paciente

X \_\_\_\_\_  
Fecha