

## MEDICARE EXCLUSIÓN CONTRATO

Yo, Ryan Crenshaw, M. D, no ha sido excluido de Medicare bajo [1128] §§1128, [1156] o [1892] 1892 de la Ley de Seguridad Social.

Yo, beneficiario de Medicare o mi representante legal, acepto toda la responsabilidad por el pago de los cargos por todos los servicios prestados por Ryan Crenshaw, M. D.

Yo, beneficiario de Medicare o mi representante legal, entiendo que los límites de Medicare no se aplican a lo que Ryan Crenshaw, M. D., puede cobrar por los artículos o servicios que se prestan.

Yo, beneficiario de Medicare o mi representante legal, de acuerdo en no someter la reclamación a Medicare o para solicitar Ryan Crenshaw, M. D., a presentar una reclamación a Medicare.

Yo, beneficiario de Medicare o mi representante legal, entiendo que el pago de Medicare no se hará por cualquier artículo o servicios proporcionados por Ryan Crenshaw, MD, que de otro modo habría sido cubierto por Medicare si no hay contrato privado y una demanda adecuada de Medicare se había presentado.

Yo, beneficiario de Medicare o mi representante legal, entrego el presente contrato con el conocimiento que tengo el derecho de obtener artículos y servicios cubiertos por Medicare de un médico y / o practicante que no haya optado por no Medicare, y que yo no veo obligado para celebrar contratos privados que se aplican a otros servicios cubiertos por Medicare proporcionados por otros médicos o profesionales que no hayan optado de salida.

La fecha de vencimiento esperado o conocido y fecha efectiva prevista o conocida del período de exclusión es Junio 30, 2016 y Junio 30, 2026.

Yo, beneficiario de Medicare o mi representante legal, entiendo que los planes de Medigap no lo hacen, y que otros planes suplementarios puede optar por no, realizar pagos por artículos y servicios no pagados por Medicare.

Este contrato no puede ser entregado por mí mismo, el beneficiario de Medicare, o mi representante legal durante un tiempo en que el beneficiario de Medicare, requieren servicios de atención de emergencia o servicios de atención de urgencia. (Sin embargo, un médico / practicante puede ofrecer servicios de emergencia o atención de urgencia a un beneficiario de Medicare, de acuerdo con §40.28 del Manual de los contratistas de Medicare).

---

Firma del paciente

---

Fecha

Yo, beneficiario de Medicare o mi representante legal, haber recibido una copia de este contrato, antes de que los artículos o servicios se proporcionan a mí bajo los términos de este contrato.

Yo, Ryan Crenshaw, M. D. retendrá el contrato original para la duración del período de exclusión.

Yo, Ryan Crenshaw, M. D., CMS suministrará una copia de este contrato bajo petición.

Yo, Ryan Crenshaw, M. D., entiendo que el contrato privado actual permanece en vigor durante dos años. Si vuelvo a darme de baja de Medicare, voy a completar convenientemente un nuevo contrato para cada beneficiario de Medicare y convenientemente a presentar la declaración jurada correspondiente (s) a todas las compañías locales de Medicare.

_____ Ryan Crenshaw, M. D.	_____ Fecha
_____ Firma del paciente	_____ Fecha
_____ Representante Legal del paciente	_____ Fecha
_____ Testigo	_____ Fecha