

THE VOICE AND SWALLOWING CENTER OF PUERTO RICO
CENTRO DE VOZ Y TRAGADO DE PUERTO RICO



Phone:
787-426-2554

Fax:
787-792-6299

E-Mail:
drlgiraldez@icloud.com

Web:
voicecenterpr.com

CONTRATO PRIVADO PARA PACIENTES DE MEDICARE

Entre:

Dr. Laureano Giráldez-Rodríguez (“Médico”)

Ubicado en: **Centro de Voz y Tragado de Puerto Rico**

y

Nombre del Paciente: _____ (“Paciente”)

Dirección: _____

Número de Beneficiario de Medicare: _____

Este contrato se establece de conformidad con la **Sección 4507 de la Ley de Presupuesto Equilibrado de 1997**, que permite a los médicos que han optado por no participar en Medicare celebrar contratos privados con beneficiarios de Medicare para servicios que, de otro modo, estarían cubiertos bajo **Medicare Parte B**.

1. Estado de Exclusión de Medicare del Médico

- El **Médico ha optado por no participar en Medicare** y **no** es un proveedor participante de Medicare Parte B.

- La **exclusión voluntaria del Médico está vigente desde:**

Fecha de inicio: 10/06/2020

THE VOICE AND SWALLOWING CENTER OF PUERTO RICO
CENTRO DE VOZ Y TRAGADO DE PUERTO RICO



Phone:
787-426-2554

Fax:
787-792-6299

E-Mail:
drjiraldez@icloud.com

Web:
voicenterpr.com

Fecha de expiración: 10/06/2022 *(Se renueva automáticamente a menos que se termine antes).*

• El **Médico no está excluido** de la participación en Medicare bajo las Secciones **1128, 1156 o 1892** de la Ley de Seguridad Social.

2. Servicios Cubiertos por este Contrato

El **Médico se compromete a brindar** los siguientes **servicios médicos** al Paciente conforme a este contrato:

- Otorrinolaringología – Cirugía de Cabeza y Cuello**
- Trastornos de la Voz y la Deglución**
- Cirugía Robótica Transoral (TORS)**
- Cirugía Reconstructiva Microvascular**

A cambio de estos servicios, el **Paciente acepta pagar** conforme a la **Lista de Honorarios Adjunta**.

3. Declaraciones y Aceptación del Paciente

Al firmar este contrato, el **Paciente acepta, entiende y reconoce** que:

THE VOICE AND SWALLOWING CENTER OF PUERTO RICO
CENTRO DE VOZ Y TRAGADO DE PUERTO RICO



Phone:
787-426-2554

Fax:
787-792-6299

E-Mail:
drjgiralde@icloud.com

Web:
voicenterpr.com

1. No Presentar Reclamaciones a Medicare

- El Paciente **se compromete a no presentar** una reclamación (ni solicitar al Médico que la presente) ante Medicare **por ningún servicio recibido** bajo este contrato, **incluso si Medicare normalmente cubre estos servicios.**

2. No Habrá Reembolso de Medicare

- El Paciente **entiende que Medicare no reembolsará** por los servicios proporcionados por el Médico en virtud de este acuerdo.

3. Responsabilidad Financiera Completa

- El Paciente **acepta pagar en su totalidad** por todos los servicios recibidos y comprende que **las limitaciones de tarifas y regulaciones de reembolso de Medicare no aplican** en este contrato.

4. Seguro Suplementario y Medi-Gap

- El Paciente **reconoce que los planes de Medi-Gap no cubrirán estos servicios.** Otros seguros suplementarios también **pueden denegar el reembolso** de los servicios recibidos bajo este contrato.

5. Opción de Recibir Atención de Médicos Participantes en Medicare

- El Paciente **reconoce su derecho** a recibir atención de médicos y proveedores que sí participan en Medicare, y que la firma de este contrato **no le impide obtener servicios cubiertos por Medicare de otros médicos que no hayan optado por la exclusión voluntaria.**

6. No se Trata de una Situación de Emergencia o Urgencia

- El Paciente **declara que no se encuentra en una situación de emergencia médica o atención urgente** en el momento de la firma de este contrato.

7. No Hay Reembolso de Medicare por Servicios Relacionados

THE VOICE AND SWALLOWING CENTER OF PUERTO RICO
CENTRO DE VOZ Y TRAGADO DE PUERTO RICO



Phone:
787-426-2554

Fax:
787-792-6299

E-Mail:
drjgiraldes@icloud.com

Web:
voicecenterpr.com

- El Paciente entiende que Medicare **no pagará por ningún servicio, procedimiento, prueba o artículo proporcionado por el Médico**, que, de otro modo, habría estado cubierto por Medicare si no existiera este contrato privado.

8. Copia del Contrato

- El Paciente **reconoce que ha recibido una copia de este contrato** para su referencia.

4. Consideraciones Legales y Resolución de Disputas

- Este contrato se rige por las **leyes de los Estados Unidos y la Mancomunidad de Puerto Rico**.
- Si alguna disposición de este contrato fuera declarada **inválida**, las demás disposiciones seguirán en pleno vigor y efecto.
- [**Cláusula Opcional:** *El Paciente acepta reembolsar al Médico por cualquier costo legal o honorario de abogados en caso de incumplimiento de este contrato por parte del Paciente.*]

5. Firma del Contrato

Este contrato es vigente retroactive a: **Febrero 16, 2021**

Firma del Paciente

THE VOICE AND SWALLOWING CENTER OF PUERTO RICO
CENTRO DE VOZ Y TRAGADO DE PUERTO RICO



Phone:
787-426-2554

Fax:
787-792-6299

E-Mail:
drlgiraldez@icloud.com

Web:
voicecenterpr.com

Nombre del Paciente: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Firma del Médico

Dr. Laureano Giráldez-Rodríguez

Firma: _____

Fecha: _____

PRIVATE CONTRACT FOR MEDICARE PATIENTS

Between:

Dr. Laureano Giráldez-Rodríguez (“Physician”)

Located at: **Centro de Voz y Tragado de Puerto Rico**

THE VOICE AND SWALLOWING CENTER OF PUERTO RICO
CENTRO DE VOZ Y TRAGADO DE PUERTO RICO



Phone:
787-426-2554

Fax:
787-792-6299

E-Mail:
drjgiralde@icloud.com

Web:
voicecenterpr.com

and

Patient Name: _____ (“Patient”)

Address: _____

Medicare Beneficiary Number: _____

This contract is entered into in accordance with **Section 4507 of the Balanced Budget Act of 1997**, which allows physicians who have opted out of Medicare to enter into private contracts with Medicare beneficiaries for services that would otherwise be covered under **Medicare Part B**.

1. Physician’s Medicare Opt-Out Status

- The **Physician has opted out of Medicare** and is **not** a participating provider in Medicare Part B.
- The **Physician’s opt-out status is effective from:**

Start Date: February 16, 2021

Expiration Date: *(Automatically renewed unless terminated earlier).*

- The **Physician is not excluded** from Medicare participation under Sections **1128, 1156, or 1892** of the Social Security Act.
-

THE VOICE AND SWALLOWING CENTER OF PUERTO RICO
CENTRO DE VOZ Y TRAGADO DE PUERTO RICO



Phone:
787-426-2554

Fax:
787-792-6299

E-Mail:
drjgiraldez@icloud.com

Web:
voicecenterpr.com

2. Scope of Services

The **Physician agrees to provide** the following **medical services** to the Patient under this contract:

- Otolaryngology – Head & Neck Surgery**
- Voice and Swallowing Disorders**
- Transoral Robotic Surgery (TORS)**
- Microvascular Reconstructive Surgery**

In return, the **Patient agrees to pay** for these services in accordance with the **attached Fee Schedule**.

3. Patient's Acknowledgements & Agreement

By signing this contract, the **Patient agrees, understands, and acknowledges** that:

1. No Medicare Claims

- The Patient **agrees not to submit a claim** (or request the Physician to submit a claim) to Medicare **for any services provided** under this contract, **even if Medicare would normally cover these services**.

THE VOICE AND SWALLOWING CENTER OF PUERTO RICO
CENTRO DE VOZ Y TRAGADO DE PUERTO RICO



Phone:
787-426-2554

Fax:
787-792-6299

E-Mail:
drlgiraldez@icloud.com

Web:
voicecenterpr.com

2. No Medicare Reimbursement

- The Patient **understands that Medicare will not reimburse** for services provided by the Physician under this agreement.

3. Full Financial Responsibility

- The Patient **agrees to pay in full** for all services received and understands that **Medicare fee limitations and reimbursement regulations do not apply**.

4. Medigap & Secondary Insurance

- The Patient **understands that Medigap (Medicare Supplement Insurance) will not cover these services**. Other supplemental insurances may also **deny reimbursement** for services provided under this contract.

5. Option to See Medicare Providers

- The Patient **acknowledges that they have the right** to receive care from Medicare-participating providers who have **not opted out**, and that signing this contract **does not limit their ability to receive Medicare-covered services from other providers**.

6. No Emergency or Urgent Medical Services

- The Patient **confirms that they are not receiving emergency or urgent care** at the time of signing this contract.

7. No Medicare Reimbursement for Related Services

- The Patient understands that Medicare **will not pay for any services, tests, procedures, or items** provided by the Physician that would otherwise have been covered **if no private contract were in place**.

8. Copy of Agreement

THE VOICE AND SWALLOWING CENTER OF PUERTO RICO
CENTRO DE VOZ Y TRAGADO DE PUERTO RICO



Phone:
787-426-2554

Fax:
787-792-6299

E-Mail:
drjgiraldez@icloud.com

Web:
voicenterpr.com

- The Patient **acknowledges that they have been provided with a copy of this contract** for their records.
-

4. Legal & Dispute Resolution

- This agreement is governed by the **laws of the United States and the Commonwealth of Puerto Rico.**
 - If any provision of this contract is found **invalid**, the remaining provisions **will remain in effect.**
-

5. Execution of Agreement

This contract is **executed on: 10/06/2020**

Patient Signature

Patient Name: _____

Patient Signature: _____

Date: _____

THE VOICE AND SWALLOWING CENTER OF PUERTO RICO
CENTRO DE VOZ Y TRAGADO DE PUERTO RICO



Phone:
787-426-2554

Fax:
787-792-6299

E-Mail:
drgiraldez@icloud.com

Web:
voicecenterpr.com

Physician Signature

Dr. Laureano Giráldez-Rodríguez

Signature: _____

Date: _____