

Responsabilidad Financiera

1. Entiendo y reconozco que mis aseguradoras sólo pagan por los servicios que determiné para satisfacer sus requisitos y términos de beneficios.
2. Como ejemplos: Algunas aseguradoras requieren autorización previa para ciertos servicios. Algunas compañías de seguros tienen decisiones propias que están en desacuerdo con la necesidad médica de ciertos tratamientos, pruebas o exámenes recomendados.
3. Si mi aseguradora determina que los servicios o cualquier parte de ellos no son médicamente necesarios, o no cumplen con otros requisitos de cobertura (tales como la obtención de la autorización o la presentación de una demanda limitada en el tiempo), la aseguradora puede negar el pago por ese servicio.
4. Estoy de acuerdo que si mi aseguradora rechaza la totalidad o parte de los cargos de los proveedores por cualquier motivo, o si no soy elegible al momento del servicio, seré personalmente y totalmente responsable del pago de los cargos de los proveedores. En caso de que mi cuenta sea derivado a un abogado o agencia de colección, Estoy de acuerdo en pagar los honorarios del abogado y los gastos. Todas las cuentas retrasadas producirán un interés del doce por ciento por año, no exceda la cantidad máxima permitida por la ley.
5. Deducciones y Co -pagos no siempre pueden predecirse en el momento del servicio, como los beneficios de los pacientes pueden cambiar a lo largo del año. Es la responsabilidad del paciente / receptor del pago de comunicarse directamente con su compañía de seguros para determinar el costo final del servicio.
6. El abajo firmante certifica que él / ella ha leído y entendido la información anterior, y es el paciente o la persona responsable financieramente de las necesidades de tratamiento del paciente, y está debidamente autorizado para firmar este documento.

Nombre : _____

Fecha: _____

Firma: _____