



PLAN DE PRÁCTICA FACULTATIVA RECONOCIMIENTO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Nuestros médicos y el personal están dedicados a ayudarle para garantizar que su seguro médico cuente con toda la información necesaria para reembolsar todos los servicios cubiertos. Es posible que su seguro médico no pague por todos los costos de su atención médica; usted, su empleador y su compañía de seguros determinan en gran medida sus beneficios médicos. El seguro médico sólo paga por ítems y servicios cubiertos cuando se cumplen sus normas.

COBERTURA DEL SEGURO

- ✓ Es su responsabilidad estar al tanto de su cobertura de seguro, de las disposiciones de la póliza, de las exclusiones y limitaciones así como de los requisitos de autorización. Esta información es proporcionada por la compañía de seguros.
- ✓ Intentamos verificar que su cobertura sea válida al momento de su visita. Sin embargo, si su cobertura no está vigente al momento de su visita, usted será responsable del pago.

CAMBIOS EN EL SEGURO

- ✓ Si se han producido cambios en su cobertura del seguro, sírvase informarnoslo. Si no lo hace puede ocasionar la denegación de un reclamo y se le facturará a usted.

COPAGOS, COSEGURO Y DEDUCIBLES

- ✓ El coseguro y los copagos son responsabilidad del paciente/garante. Los copagos se deberán pagar en la fecha de la visita.
- ✓ Los deducibles son responsabilidad del paciente/garante. El deducible lo determina el contrato que usted tiene con la compañía de seguro médico.

DERIVACIONES

- ✓ Si su plan lo requiere, es su responsabilidad obtener las derivaciones de su médico de atención primaria con anterioridad a su visita. Si desea acudir a la consulta sin la derivación, el pago se deberá realizar en el momento de la visita.

PEDIDOS DEL SEGURO

- ✓ Usted es responsable de responder a los pedidos de información adicional por parte de la compañía de seguros.

PAGOS DEL SEGURO

- ✓ Todo pago del seguro enviado a usted debe ser remitido a nuestra Oficina de Facturación con una copia de la Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) recibida.

He leído y entiendo los términos de este formulario de Responsabilidad Financiera.

Firma del Paciente /Garante: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Fecha: _____