



FORMA DE RECONOCIMIENTO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Nombre del Miembro: _____ Fecha: _____

Compañía de Seguros: _____ Nombre del Proveedor: _____

ID de Usuario #: _____ Grupo/ID del Proveedor #: _____

Esperamos que la compañía de seguros listada anteriormente no pague por los servicios que se describen a continuación: _____

Usted puede ser responsable por el/los servicio(s) listados anteriormente por la(s) siguiente(s) razón(es): (Marque todo lo que aplique.)

- El seguro no paga por los servicios rendidos; por ejemplo: servicios que no están cubiertos, como cuidado preventivo, físicos o vacunas contra la influenza. Por favor lea su Manual del Miembro o Usuario/Evidencia de Cobertura, para una lista complete de servicios que no está cubiertos.
Los servicios no están cubiertos si no tiene una forma de referencia de su Proveedor de Cuidado Primario, Obstetra-Ginecólogo, Médico Especialista.
Los servicios no están cubiertos sin Autorización Previa o Pre-Certificación de parte de su Plan de Seguros.
El servicio ha sido determinado no ser médicamente necesario por su Plan de Seguros.
Es posible que el seguro no pague por este servicio porque se considera de investigación.
El seguro no paga por esta clase de servicio a menos que sea a resultado de una emergencia.
Nuestra oficina no tiene contrato con su compañía de seguros y usted se considera Fuera-de-la-Red.
Otro: _____

El proveedor identificado anteriormente me ha hecho saber que el/los servicio(s) solicitado(s) no están cubiertos por la(s) razón(es) establecidas anteriormente. Entiendo que soy completamente responsable por el pago de los servicios listados arriba. Se requiere el pago al tiempo de render los servicios, a menos que haya hecho otros arreglos anteriormente y hayan sido aceptados por el Gerente y, o la Oficina Central de Negocios.

Firma del Miembro

Fecha

Nombre del Testigo

Firma del Testigo

En caso de que el paciente sea menor de edad, el padre or guardian que firma abajo acuerda ser responsable financieramente por los servicios descritos anteriormente.

Firma del Padre/de la Persona Autorizada/Guardian Legal

Fecha

Nombre del Testigo

Firma del Testigo

Fecha