

Declaración de responsabilidad financiera del paciente

Gracias por elegir nuestra práctica para sus necesidades de atención médica. Nuestro objetivo es brindarle servicios de atención médica de la más alta calidad posible. Le pedimos que lea y comprenda sus responsabilidades financieras antes de recibir los servicios.

Nombre del Paciente: _____

- Entiendo que soy responsable de conocer las disposiciones de la póliza y las reglas de mi (s) cobertura (s) de seguro y que soy el único responsable de obtener las referencias necesarias antes de mi cita. No obtener y presentar una referencia válida puede resultar en que yo sea financieramente responsable de todos los servicios prestados.

Tenga en cuenta: La receta de un médico NO es una remisión válida.

- Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier cantidad que no cubra mi seguro, incluidos, entre otros, copagos, coaseguros, deducibles y servicios no cubiertos.
- Entiendo que si no tengo un seguro médico válido, soy financieramente responsable de todos los honorarios por la prestación de servicios médicos y que, a menos que se hayan hecho otros arreglos por adelantado, se espera el pago de estos honorarios en su totalidad en el momento de los servicios. se rinden.
- Entiendo que no remitir el pago de cualquier cantidad que se considere responsabilidad del paciente puede resultar en que mi cuenta sea referida para la actividad de cobro y que seré responsable financieramente de cualquier cargo adicional incurrido como resultado
- Proporcionaré todas las tarjetas de identificación del seguro vigentes (requerimos ambos lados de su tarjeta de seguro) en el momento del servicio, así como una identificación con fotografía actual.
- Entiendo que se me cobrará \$ 35 por cualquier cheque devuelto por mi banco por cualquier motivo.

Con mi firma a continuación, reconozco que entiendo y estoy de acuerdo con estos términos:

Firma de la Paciente o Tutor

Fecha de Hoy

Asignación de Beneficios

Por la presente autorizo a cualquier compañía de seguros, incluido Medicare, a realizar el pago directamente a Allied Digestive Health por cualquier servicio prestado a mí o a mis dependientes cubiertos de cualquier cantidad pago a mí para el reembolso de cualquier gasto médico incurrido en esta instalación. **Entiendo que, en última instancia, soy financieramente responsable del pago de todos los servicios, independientemente de la cobertura de seguro que pueda tener.** Una fotocopia de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como el original.

Firma de la Paciente o Tutor

Fecha de Hoy

Divulgación de Información y Registros Médicos

Por la presente autorizo la divulgación de cualquier Información médica protegida (PHI) a cualquier compañía de seguros involucrada, u otros terceros autorizados involucrados en mi caso, a menos que haya indicado específicamente lo contrario.

Firma de la Paciente o Tutor

Fecha de Hoy