

AUTORIZACIÓN PARA ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS
Y
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR O RECIBIR INFORMACIÓN MÉDICA

Gracias por seleccionar nuestra oficina para la atención médica de sus hijos. Creemos firmemente que todos los pacientes merecen de nosotros la mejor atención médica que podamos brindarles. Además, creemos que todos se benefician cuando se acuerdan arreglos financieros definitivos. En consecuencia, hemos preparado este material para familiarizarlo con nuestra política financiera.

POR FAVOR LEA Y FIRME LO SIGUIENTE

1. Autorizo a esta oficina a divulgar o recibir cualquier información necesaria para acelerar las reclamaciones de seguros.
2. Autorizo a esta oficina a facturar a mi compañía de seguros directamente por sus servicios.
3. Autorizo el pago directamente a este médico de cualquier beneficio de seguro que de otro modo me deba pagar.
4. En el caso de que reciba un pago de mi compañía de seguros, acepto endosar cualquier pago que reciba a mi médico por el cual se deben pagar estos honorarios.

Entiendo que soy directamente y completamente responsable financieramente ante este médico por cualquier cargo que mi compañía de seguros considere no cubierto. Dichos cargos podrían ser laboratorios, exámenes de la vista, radiografías, exámenes de audición, recargos fuera del horario de atención, chequeos de niño sano y / o inmunizaciones. También entiendo que soy responsable de pagar los copagos, porcentajes y / o deducibles no cubiertos por el seguro. Además, entiendo que dicho pago no depende de ningún acuerdo, sentencia o pago de seguro mediante el cual eventualmente recupere dicha tarifa. Me doy cuenta de que, si mi compañía de seguros no paga mi saldo en su totalidad, o si no hay pago dentro de los 90 días, es mi total responsabilidad pagar la factura de mi médico directamente. Además, comprendo y acepto que, si no hago los pagos oportunos en mi cuenta, seré responsable de todos y cada uno de los costos razonables del procedimiento de cobro; incluidos los costos judiciales, los honorarios de presentación y los honorarios razonables de abogados.

COBERTURA DE SEGURO CONTRATADO-HMO / PPO

Si tenemos un contrato con su compañía de seguros, se espera que pague su copago al momento del servicio. Estos copagos generalmente se incluyen en el cargo por visita al consultorio, pero algunos contratos también tienen copagos de laboratorio.

COBERTURA DE SEGURO NO CONTRATADO

Si tiene cobertura médica con una compañía de seguros con la que no tenemos un contrato HMO o PPO, los cargos de su visita al consultorio son su responsabilidad y deben pagarse en el momento del servicio. Como mínimo, se esperará que pague los cargos hasta el límite de cualquier deducible que no se cumpla en la fecha del servicio y / o cualquier porcentaje que su seguro exija como su responsabilidad. Presentaremos su reclamo como cortesía.

MÉTODOS DE PAGO ACEPTADOS

Aceptaremos el pago de los saldos adeudados en efectivo, cheque, orden de pago, VISA, MasterCard, Discover y American Express.

OTRA INFORMACIÓN

Habrà un cargo por servicio en todos los cheques devueltos. Habrà un cargo por servicio fuera de horas para cualquier niño tratado en nuestra oficina después de las 4:30 pm o el sábado o domingo. Algunos contratos de seguro pagarán por esto, pero si se considera un servicio no cubierto, se le pedirá que pague. Medicaid considera esto como un servicio no cubierto y le pedimos que pague el cargo fuera del horario en el momento del servicio.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR Y / O RECIBIR INFORMACIÓN

El Paciente / Parte Responsable autoriza(n) la divulgación o recepción de cualquier y toda información médica relacionada con el tratamiento y la atención del paciente, hacia o desde cualquier entidad, que sea, o pueda ser responsable, de los cargos del Médico, o de o de cualquier Organización de Revisión Profesional asociada con el mismo. El Paciente / Parte Responsable autoriza la divulgación o recepción de todo o parte de los registros médicos del paciente o de cualquier otro proveedor de atención médica que pueda ser de ayuda, en opinión de la clínica, para brindar atención médica y tratamiento para el paciente, y / o ayudar con cualquier reembolso o beneficio a los que el paciente pueda tener derecho.

Una copia fotostática de estas autorizaciones y acuerdo será tan válida como el original.

Firma: _____ Fecha: _____

Numero de Seguro Social _____