Responsabilidad Financiera

Información Importante Sobre Su Cuenta

Declaración de Responsabilidad Financiera

Entiendo que soy responsable del pago de esta cuenta y, por este medio, asumo y garantizo el pronto pago de todos los gastos en los que incurra.

Aviso de Servicios "No Cubiertos"

Estoy enterado de que algunos servicios prestados por la Práctica médica pueden ser considerados "no cubiertos" por mi compañía de seguros o por Medicare; por lo tanto, seré totalmente responsable del pago de estos servicios.

Renuncia de Cláusulas "Habituales, Acostumbrados y Razonables"

(Para pacientes con cobertura "Fuera de la Red")

Reconozco que los honorarios cobrados por la práctica médica por los servicios que me prestan, o que le prestan a la persona por quien asumo la responsabilidad financiera, pueden ser superiores a los honorarios considerados "habituales, acostumbrados y razonables", debido al carácter especializado de dichos servicios y del personal. Sin embargo, me comprometo a pagar a la Práctica médica la totalidad de los honorarios, aunque la cantidad sea mayor que lo que me reembolse mi compañía de seguros.

Instrucciones de Facturación/Pago

_____ Seguro Comercial/Pagador Externo _____ Medicare _____ Medigap*
Inicial Inicial Inicial

Por este medio autorizo a la Práctica médica a facturar a mi compañía de seguros y/o a Medicare (indicado o firmado con mis iniciales arriba) los servicios que me presten y solicito que los pagos por tales servicios sean realizados a la Práctica médica en mi nombre.

***Si Medigap** _____ _____ _____
Nombre del Beneficiario | Número de Póliza de Medigap | Número de Reclamación del Seguro de Salud

Indique los Nombres de las Personas con Quienes Desea que Compartamos Su Información de Responsabilidad Financiera:

Nombre:	Parentesco:

Acuerdo Financiero

El infrascrito acepta que, independientemente de que firme como representante o como paciente, en consideración de los servicios que se prestarán al paciente, se obliga a pagar la cuenta de la clínica de acuerdo con las tarifas regulares y los términos de la clínica. En caso de que la cuenta sea enviada a una agencia externa o a un abogado para su cobranza, el infrascrito se compromete a pagar honorarios razonables de cobranza y de abogado por los gastos de cobranza.

Nombre del paciente: _____
(escriba en letra de imprenta)

Firma del paciente (o tutor legal): _____

Fecha: _____

Si es el tutor legal, parentesco con el paciente: _____

BayCare Medical Group