

Reconocimiento de responsabilidad económica (exención)



Lugar

Fecha de servicio

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Nombre del garante

Entiendo que los servicios que me prestaron pueden ser pagados por mi aseguradora o rechazados por cualquiera de estas razones:

- Los servicios pueden no estar cubiertos o ser pagaderos por mi aseguradora:
 - Otros problemas tratados durante una visita preventiva/visitas de bienestar
 - Cargo por horario inhábil
 - Orientación
 - Exámenes físicos del empleador o por deportes
 - Limitaciones del seguro por la frecuencia
 - Pruebas de laboratorio; patología; de diagnóstico por imágenes o pruebas de detección
 - *Pruebas de detección comparadas con las de diagnóstico (enfocadas en el problema): Dependiendo de las razones por las que se ordenó la prueba; puede procesarse bajo sus beneficios de pruebas de detección o diagnóstico y puede dar como resultado una responsabilidad del paciente.*
 - *Prueba de detección para COVID-19*
 - Algunos servicios de prevención
 - Servicios de telesalud
- No se obtuvo la información necesaria de seguro, autorizaciones, remisiones, certificaciones previas u otro requisito de mi aseguradora.
- Mi cobertura de seguros no pudo verificarse en este momento; O la información demográfica de mi aseguradora está incorrecta o no coincide con mis expedientes en IHA; O el recién nacido no está agregado a la póliza.
- IHA no participa con mi seguro.
- Estoy asignado a un PCP diferente.
- VFC:
 - Elijo prescindir de mi participación con el programa VFC
 - Elijo inscribirme con el programa VFC y estoy de acuerdo en pagar los cargos de administración
- Autopago
- Suministros DME: Los suministros DME solo pueden autopagarse. Las ventas de DME son finales, no hay devoluciones ni intercambios.
- Otro: _____

Continúa en la parte de atrás.

● **Fuera de la red:**

COLOQUE
SUS
INICIALES

Mis costos por gastos de bolsillo serán más altos que si recibiera los servicios de un proveedor “dentro de la red”. **Entiendo que los servicios que me prestarán serán considerados fuera de la red y pueden ser pagados por mi aseguradora o no:**

Su plan de beneficios de salud puede dar cobertura para todos los servicios de atención médica que tiene programado recibir o servicios que programaron los proveedores, o podría no dar cobertura. Usted puede ser responsable de los costos de los servicios que su plan de beneficios de salud no cubra. El proveedor fuera de la red debe hacer un cálculo de buena fe del costo de los servicios de atención médica que prestará. Un cálculo de buena fe no considera circunstancias no previstas, que pueden afectar el costo de los servicios de atención médica prestados.

También tiene derecho a pedir que sus servicios de atención médica los preste un proveedor que participe con su plan de beneficios de salud, y puede comunicarse con su aseguradora para coordinar los servicios que se darán a un costo más bajo y para recibir información de proveedores dentro de la red que pueden prestar los servicios de atención médica que necesite.

COLOQUE
SUS
INICIALES

Cálculo de buena fe presentado: con mi firma abajo, reconozco que recibí, leí y entiendo la revelación fuera de la red y el cálculo de buena fe.

Entiendo que seré responsable financieramente por el pago de todos los servicios prestados que no pague mi aseguradora o los que yo haya elegido autopagar.

Firma del paciente

Fecha

Firma de padres o tutor

Parentesco con el paciente

Fecha

(Escriba a máquina o en letra de molde el nombre del paciente o representante del paciente)