

INFORMACIÓN GENERAL PARA EL PACIENTE

Paciente _____ DOB _____

Por favor, lea la siguiente información sobre el copago y las cláusulas preexistentes que su póliza de seguro podría incluir y que podrían causarle cargos adicionales. Rellene la siguiente sección para indicarnos si hay alguien a quien usted autorizaría a hablar sobre su atención o sus preocupaciones financieras. La última sección es para proporcionar el nombre de la farmacia que usted preferiría que usáramos y dar autorización para obtener el historial, si es necesario.

EL COPAGO PUEDE NO CUBRIR TODOS LOS SERVICIOS PRESTADOS DURANTE SU VISITA:

Las compañías de seguros suelen considerar la visita del médico con el paciente como la única parte cubierta por el copago. Todos los demás procedimientos realizados en el consultorio, incluyendo las pruebas de audición, las pruebas de alergia y las inyecciones, la laringoscopia, la extracción de cerumen del oído u otras cirugías o procedimientos en el consultorio, las radiografías, etc. pueden ser excluidos y cargados a su deducible para el año o no cubiertos en absoluto. Debido a que este puede ser el caso con su seguro, por su firma a continuación, usted acepta ser responsable de los cargos no cubiertos en el ámbito de la visita a la oficina para los procedimientos que se prestan hoy en día si el seguro no paga.

LAS CLÁUSULAS DE PREEXISTENCIA/PERIODO DE ESPERA PUEDEN PROVOCAR UNA DENEGACIÓN:

Cada vez más planes de seguros están añadiendo cláusulas de "preexistencia" o "período de espera" a su póliza de seguro. Preexistente significa que si has sido tratado por este diagnóstico o uno similar durante el periodo preexistente, no pagarán nada por la reclamación. A veces, la compañía de seguros no aplicará esta cláusula si usted puede presentar una carta de cobertura previa de su compañía de seguros anterior que demuestre que la cobertura se produjo dentro del plazo aceptado. El periodo de espera significa que usted ha aceptado, al suscribir su póliza, no tener cobertura para un tipo de servicio específico durante un periodo de tiempo determinado. En ambos casos, la compañía de seguros no nos dirá los detalles acerca de si van a pagar por los servicios en nuestra oficina.

He sido instruido que Southeast Texas Ear, Nose & Throat, LLP no sabe con certeza si se recibirá algún pago de la compañía de seguros por los servicios que estoy recibiendo hoy. Por mi firma abajo, yo entiendo que yo seré financieramente responsable hoy así como cualquier servicio futuro proporcionado que el seguro considera como no cubierto o mi responsabilidad financiera basada en los detalles de mi póliza. Sé que puedo contactar con mi compañía de seguros para obtener más aclaraciones sobre los detalles de mi plan si lo deseo antes de aceptar la atención a través de esta oficina.

PERSONAS AUTORIZADAS A DISCUTIR INFORMACIÓN MÉDICA/FINANCIERA DEL PACIENTE

Nombre Relación Número de teléfono

Nombre Relación Número de teléfono

FARMACIA QUE DESEA UTILIZAR PARA SUS NECESIDADES DE PRESCRIPCIÓN-SI SE CONOCE- Al completar esta sección nos está dando autorización para obtener el historial de prescripciones anteriores si está disponible

Nombre y número de teléfono (si lo conoce)

Por favor, firme a continuación que ha leído y entendido la información proporcionada y que ha completado el formulario a su leal saber y entender.

X _____

Firma Fecha

(SÓLO PUEDE FIRMAR EL PACIENTE MAYOR DE 18 AÑOS, PADRE O TUTOR LEGAL)

Traducción realizada con la versión gratuita del traductor www.DeepL.com/Translator