

## CESIÓN DE BENEFICIOS POLÍTICA FINANCIERA

### CESIÓN DE BENEFICIOS

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Establecimiento: \_\_\_\_\_

-Por medio del presente documento, autorizo a este establecimiento médico a solicitar Medicare/Medigap y otros beneficios de seguro médico en mi nombre. Solicito que el pago de Blue Cross y Blue Shield y otras compañías de seguro se realicen directamente al prestador mencionado más arriba. Certifico que la información que he presentado respecto de mi compañía de seguro es correcta. Autorizo la divulgación, tanto a mi compañía de seguro médico como a los representantes de la Administración Financiera para el Cuidado de la Salud (HCFA [Health Care and Finance Administration], por sus siglas en inglés), de mi información y de mi historia clínica, así como de cualquier otra información necesaria para determinar los beneficios a pagar por los servicios relacionados.

-Autorizo también que el pago de los beneficios de Medicare/Medigap sea realizado en mi nombre al prestador mencionado anteriormente. Autorizo a quien tenga información mía acerca de Medicare/Medigap a que la entregue a mi compañía de seguro si es necesario para determinar los beneficios a pagar por los servicios relacionados.

-Asimismo, autorizo a este establecimiento médico y a sus especialistas a que me practiquen el tratamiento o los exámenes correspondientes y a que divulguen a mi médico, a la compañía de seguro, al evaluador de reclamos o al abogado, si corresponde, toda la información relativa a mi condición en el período de realización de los citados exámenes o del citado tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

### POLÍTICA FINANCIERA

Si, al momento de la prestación del servicio, se brinda información fehaciente y actualizada del seguro médico, se presentará un reclamo a su compañía aseguradora. Usted será responsable de todos los copagos, coaseguros y deducibles que no cumplan con los requisitos para el año, así como de todos los servicios no cubiertos según su plan de salud o de los servicios fuera de la red. A excepción de los copagos, los cuales son pagaderos en el momento de la consulta, se le facturarán todas las tarifas mencionadas anteriormente. El pago vence tras la recepción del estado de cuenta. Si, al momento de la prestación del servicio, no se presenta información fehaciente del seguro, usted será responsable del total de los costos en los que se haya incurrido. Si no tiene seguro médico, el acuerdo de financiamiento debe establecerse antes de la prestación de los servicios. De otra manera, se espera que realice el pago en el momento de la prestación. Si bien intentaremos liquidar todos los saldos vencidos sin recurrir a la justicia, la falta de pago estará sujeta al proceso de cobro.

Indemnización de los trabajadores/ausencia de responsabilidad: Si la aseguradora niega el reclamo, acepto brindar a Medical Arts Radiology Group, PC información de mi seguro privado de salud. En caso de que mi aseguradora aplique un cargo a mi deducible y mi seguro privado no lo cubra por completo, seré responsable del remanente del deducible.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del garante

\_\_\_\_\_  
Fecha

He revisado toda la información documentada previamente en el formulario de registro y acuerdo que es completa y precisa.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha