Affiliates of Family Medicine

Asignación de Beneficios

Responsabilidad Financiera:
Entiendo que todas las tarifas de los servicios profesionales prestados se cobran al paciente y se pagan en la fecha en que se prestan los servicios, a menos que se hayan hecho otros arreglos por adelantado con nuestra oficina. Se completarán los formularios necesarios para solicitar el pago de la compañía de seguros. Aceptó pagar todos los cargos incurridos en su totalidad inmediatamente después de la presentación de la declaración correspondiente.

Citas Perdidas y Cancelaciones:
Affiliates of Family Medicine tiene el derecho de administrar un sobre cobro de **$**25.00 por cada cita que usted pierda y no notifique a nuestras oficinas.

Nosotros en Affiliates of Family Medicine entendemos que, en ocasiones, es posible que deba cancelar o reprogramar una cita debido a emergencias u otros problemas inesperados. Si no puede asistir a su cita, notifíquese al menos 24 horas antes de la hora programada para su cita. Para garantizar que a cada paciente se le dé la cantidad de tiempo adecuada para su visita y para permitirnos brindar atención de la más alta calidad a todos, es muy importante que cada paciente programado asista a su visita a tiempo. Como cortesía, intentaremos proporcionarle un recordatorio de su cita dentro de los días de su cita programada. Sin embargo, es su responsabilidad llegar a tiempo a su cita, incluso si no recibe un recordatorio.

Asignación de Beneficios:
Por el presente asigno todos los beneficios médicos y quirúrgicos, para incluir los principales beneficios médicos a los que tengo derecho. Por el presente autorizo y ordeno a mi(s) compañía(s) de seguro, incluyendo Medicare, seguros privados y cualquier otro plan de salud médico, a emitir el pago directamente a Affiliates of Family Medicine por los servicios médicos prestados a mí y/o a mis dependientes, independientemente de los beneficios de mi seguro, si los hubiere. Entiendo que soy responsable de cualquier cantidad no cubierta por el seguro médico.

Autorización para Liberar Información:
Por el presente autorizo Affiliates of Family Medicine a:

1. Liberar cualquier información necesaria a las compañías de seguros con respecto a mis enfermedades y tratamientos.
2. Procesar los reclamos de seguro médico generados en el curso del examen y tratamiento.
3. Permitir que se use una fotocopia de mi firma para procesar reclamos de seguro por el período de, por vida.

Esta orden permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito.

He solicitado servicios médicos de Affiliates of Family Medicine en nombre mío y/o de mis dependientes, y entiendo que al hacer esta solicitud, me hago completamente responsable financieramente de todos y cada uno de los cargos incurridos en el curso del tratamiento autorizado. Una fotocopia de esta autorización se considerará tan válida como el original.

X _____ _____

Firma del Paciente/Guardian **Fecha de Hoy**

_____ _____

Firma de Testigo **Fecha de Hoy**