

AUTORIZACIÓN PARA RECLAMOS, PAGOS Y REVISIONES

Para Beneficiarios de Medicare: Certifico que es correcta la información que se me ha brindado relativa a la solicitud de pago en virtud del Título XVIII de la Ley de Seguridad Social. Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se realice en mi nombre a PSV en concepto de algunos servicios que se me han prestado durante los periodos aplicables de atención médica.

Cesión y Coordinación de Beneficios de Seguro: Acepto brindar información con respecto a todos los beneficios de seguro médico a los que yo/el paciente pueda tener derecho. Por el presente, cedo los pagos, si los hubiere, del plan de beneficio médico de la compañía aseguradora a PSV por los servicios prestados al paciente. Por el presente, autorizo los pagos directamente a Pediatric Specialists of Virginia (PSV), incluidos todos los beneficios que se me adeuden en virtud de los términos de mi póliza, pero sin superar el saldo adeudado a PSV por los servicios que se me han prestado durante los periodos correspondientes de atención médica.

Servicios No Autorizados, No Cubiertos o Fuera del Plan: Entiendo que si mi compañía aseguradora o el administrador de beneficios no consideran algún servicio prestado como un servicio con cobertura o no ha autorizado estos servicios, no pagará y yo acepto pagar estos servicios. Asimismo, entiendo y reconozco que en el caso de que PSV sea considerada fuera del plan/la red, es posible que se reduzcan beneficios; y se me puede requerir que pague un copago, deducible o coaseguro superior.

Autorización para Divulgar Información: Por el presente, autorizo a PSV a divulgar toda información adquirida durante el transcurso del tratamiento necesaria para procesar los reclamos de seguro y/o el seguimiento para operaciones de atención médica y para garantizar el pago de los servicios prestados.

Responsabilidad de Pago: En calidad de paciente, representante legal o representante del beneficiario para el paciente, acepto pagar todos los gastos por los que pueda ser legalmente responsable, entre otros, deducibles de beneficios médicos, copagos, coaseguros y servicios no cubiertos. En el caso de que mi cuenta sea remitida a un abogado o agencia de cobranzas para obtener el pago, convengo en pagar los honorarios profesionales razonables y otros gastos de cobranza.

Pacientes de Accidentes Automovilísticos: Tenga en cuenta que su compañía aseguradora de automóviles le puede ceder los beneficios de gastos médicos.

Al firmar debajo, certifico lo siguiente:

- He leído y entiendo lo anterior;
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas y las mismas han sido respondidas;
- He aceptado los términos y las condiciones anteriores; y
- He leído el aviso, si corresponde, respecto de la cesión de beneficios de gastos médicos para los pacientes de accidentes automovilísticos.

Yo, por lo tanto, acepto:

- Pagar todos los gastos por los que pueda ser legalmente responsable, incluidos entre otros, los deducibles de seguro médico, copagos y los gastos sin cobertura;
- Pagar todos los honorarios razonables de abogados y otros gastos de cobranzas en los que haya incurrido PSV en el caso de que mi cuenta deba ser colocada ante un abogado o agencia de cobranzas para obtener el pago.
- Asimismo, entiendo que este documento seguirá vigente para mi actual visita y para toda visita futura ambulatoria o a consultorio médico de PSV, salvo que específicamente sea rescindido por mí a través de una declaración escrita.

Firma del Paciente, Padre, Tutor o Representante Personal

Fecha

Nombre en Letra de Imprenta del Paciente, Padre, Tutor o Representante Personal

Aviso: No es obligatorio firmar este formulario de Autorización para Reclamos, Pagos y Revisiones. Si no se firma este Formulario, todos los gastos serán facturados a usted de forma directa en lugar de hacerlo a su plan de seguro.

Identificación del Paciente
Si la etiqueta no está disponible, complete:

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento: _____ Historia Clínica N.º _____