

Nevada Health Centers, Inc.
ACUERDO FINANCIERO

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____
(en letra de molde)

Fecha de nacimiento: _____ MRN (*para uso de la oficina solamente*): _____
(mm/dd/aaaa)

Autorizo a mi compañía de seguros para que pague directamente a Nevada Health Centers, Inc. los beneficios que se me deban por los servicios prestados por Nevada Health Centers, Inc.

Sé que a pesar de que Nevada Health Centers, Inc. puede estar facturando en mi nombre a mi compañía de seguros, finalmente soy responsable del saldo de mi cuenta.

Pacientes de Medicare: Entiendo que Nevada Health Centers, Inc. acepta la asignación de Medicare; sin embargo, soy responsable de un coseguro del 20 % al momento del servicio. Nevada Health Centers, Inc. facturará a mi seguro suplementario, siempre que yo dé toda la información necesaria para que lo hagan. Entiendo que Medicare solo paga los servicios que considera médicaamente necesarios y que, si surge el caso de que yo pida servicios que Medicare no pagará, yo seré responsable del pago completo.

Beneficiarios de Medicaid: Los estatutos federales y estatales requieren la utilización de todas las fuentes antes de facturar los servicios médicos a Medicaid. Otras fuentes incluyen la cobertura de seguro médico y de accidentes privado o del empleador. Certifico bajo pena de fraude que no tengo seguro médico y de accidentes privado ni del empleador como pagador primario, ni para mis dependientes ni para mí. Entiendo que Medicaid solo paga los servicios destinados a tratar una condición médica o enfermedad.

Pacientes con seguro privado: Entiendo que soy responsable de saber cuáles beneficios cubre mi póliza de seguro. Entiendo que Nevada Health Centers, Inc. verificará los beneficios, pero no garantiza que ningún servicio sea un beneficio cubierto. Entiendo que si mi seguro no cubre algún servicio recibido, seré responsable del pago. Entiendo que debo pagar el copago en el momento en que reciba el servicio.

Pacientes de pago propio: Entiendo que Nevada Health Centers, Inc. tiene la política de cobrar el pago de los servicios en el momento en que se reciba el servicio.

Agencia de cobranzas de terceros: Si no ha respondido a nuestros intentos por cobrar los saldos pendientes, podemos optar por enviar su cuenta a una agencia de cobranzas.

Firma del paciente/padre/madre (si el paciente es menor de edad)

Fecha