Carta de responsabilidad financiera del paciente

Fecha:_____ Nombre del paciente:_____

Seguro: Primario _____ Secundario _____ Terciario _____

Servicios prestados

Farmacia Enfermería Equipo Otro

Los beneficios verificados con su compañía de seguros para nuestros servicios son los siguientes: Deducible anual $ _____

La cobertura es_____ % de los cargos

Gasto máximo de bolsillo anual $_____

Monto del copago de farmacia $_____

Se proporcionó una bomba para la administración del medicamento Sí No
Si la respuesta es sí:

Bomba específica:_____

Costo de reemplazo si no se devuelve: _____

Su compañía de seguros no cubre estos servicios. Usted es responsable de todos los cargos por los servicios prestados. Su costo estimado por los servicios prestados es el siguiente: $_____

Su cobertura de seguro para nuestros servicios no pudo verificarse antes de que se prestaran los servicios. Nos ha dado permiso para prestar servicios entendiendo que puede ser responsable del 100 % de los cargos. Su costo total estimado puede ser de $_____.

- **Nos comunicaremos con usted lo antes posible una vez que podamos confirmar sus beneficios.**

Comentarios adicionales:_____

Nota: su compañía de seguros nos cotizó los montos indicados anteriormente en el momento de la verificación del seguro. No podemos garantizar que los montos sean finales y que no cambien, ya que se basaron en la información proporcionada en ese momento. Cualquier cambio efectuado en su pedido inicial de medicamentos recetado por su médico también puede afectar el monto adeudado. Si se produce dicho cambio, se le notificará. Recibirá servicios y le proporcionaremos servicios entendiendo que, en caso de que su cobertura no entre en vigencia, se le facturará y se le hará responsable económicamente por los servicios prestados. Si sus beneficios cambian o el(los) seguro(s) mencionado(s) anteriormente cambia(n), es su responsabilidad notificarnos lo antes posible. Si no nos notifica a tiempo para cumplir con sus requisitos de presentación de reclamaciones de seguro, usted será financieramente responsable de todo el monto adeudado. Si su cobertura de farmacia es mediante un plan Medicare D, el monto de su copago puede variar con cada envío. Se le proporcionará una explicación completa de la cobertura de medicamentos de Medicare D antes de comenzar los servicios.

Si tiene preguntas, comuníquese con nuestro Departamento de Facturación al (877) 567-8087.