(888) EYE-CARE
www.Have2020.com

Aviso de ciertos servicios, insumos o equipos no cubiertos o excluidos
y
compromiso de pago del paciente

EYE ASSOCIATES OF SOUTHERN INDIANA
(812) 284-0660/(888) EYE-CARE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____

Fecha de notificación: _____

Estimado paciente:

Se le proporciona este aviso para ciertos servicios no cubiertos o excluidos ya que el proveedor adaherrera determinado que los servicios, insumos o equipos que le ha solicitado podrían estar excluidos o no cubiertos por su plan de prestaciones médicas de su compañía de seguros.
Tenga en cuenta que su seguro solo pagará los servicios, insumos o equipos que determine que son médicamente necesarios o no experimentales ni de investigación según las pólizas aplicables. Si su seguro establece que un servicio en particular "no es razonable o necesario", "experimental", "de investigación" o "no es médicamente necesario" según el plan o las pólizas de prestaciones médicas del seguro correspondiente, u otros estándares aplicables, su seguro denegará el pago de ese servicio. Si su seguro establece que un equipo en particular es un modelo de lujo y su plan de prestaciones médicas solo cubre el estándar, el seguro podría realizar simplemente un pago parcial hasta cubrir el monto de la prestación estándar. Esto significa que usted será personalmente responsable de pagarle al proveedor la totalidad o una parte de ese servicio, insumo o equipo.

A continuación se presenta una descripción del servicio, insumo o equipo que podría estar excluido o no cubierto por su plan de prestaciones médicas, así como el costo aproximado del que usted sería responsable de pagar al proveedor como resultado de la denegación:

REFRACCIÓN USD 40.00

Si tiene preguntas adicionales sobre por qué el artículo anterior podría no estar cubierto (en su totalidad o en parte), comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de su seguro al número que se encuentra en el reverso de su tarjeta.

COMPROMISO DE PAGO DEL PACIENTE:

Mi médico/centro médico/proveedor de equipo médico me han notificado que mi seguro podría denegar el pago, en su totalidad o en parte, por los servicios, insumos y equipos identificados anteriormente. Entiendo que tengo derecho a decidir si recibo o no los servicios, insumos y equipos identificados anteriormente. HE DECIDIDO RECIBIR EL SERVICIO/INSUMO. Si mi seguro rechaza el pago de un servicio o insumo que no está cubierto por mi plan de prestaciones médicas, acepto ser personal y totalmente responsable del pago al proveedor. Si mi seguro hace un pago por el monto de un servicio o insumo "estándar" y deseo recibir un equipo/servicios "de lujo". Entiendo y acepto que estoy obligado a pagar esta cantidad independientemente de la cantidad que aparezca como "responsabilidad del miembro" en cualquier Explicación de Beneficios que pueda haber recibido del seguro.

Firma del paciente: _____

Fecha de la firma: _____