



AVISO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Prótesis y Ortesis del Atlántico, LLC verificar sus beneficios de seguro y factura a su compañía de seguros como una cortesía, pero **la verificación de los beneficios no es una garantía de pago.**

Tras la verificación de los beneficios, que se pondrá en conocimiento de sus beneficios como cita de su compañía de seguros, y teniendo en cuenta una cantidad estimada a la que tendrá que pagar antes o después de la entrega de su dispositivo. Si esta cantidad es más que el deducible y / o responsabilidad de co-seguro, se le devolverá las cantidades abonadas indebidamente después de que su reclamación sea procesada por su compañía de seguros. Si la cantidad que han pagado es menor que el deducible y / o responsabilidad de co-seguro, se le cobrará por el tiempo adicional después de que su reclamación sea procesada por su compañía de seguros.

Solicito que el pago de los autorizados de Medicare, Medicaid o beneficios de los Seguros Privados se hizo para Prótesis y Ortesis del Atlántico, LLC por los artículos o servicios cubiertos que he recibido.

Estoy de acuerdo en asumir la responsabilidad financiera para cualquier reclamo o porción de la demanda debido a la Prótesis y Ortesis del Atlántico, LLC por los servicios prestados, no están cubiertos por la póliza de seguro. Si la aseguradora niega la cobertura para un producto, estoy de acuerdo en asumir la responsabilidad financiera para su pago.

** * He leído el Aviso sobre la responsabilidad financiera de Prótesis y Ortesis del Atlántico, LLC. Entiendo que el proceso financiero descrito en este aviso y que mi firma indica que estoy de acuerdo con las condiciones mencionadas anteriormente.*

Firma del paciente: _____ **Date:** _____

Nombre impreso del paciente:

Expediente médico del paciente #:
