



Consentimiento del paciente para servicios de laboratorio no cubiertos

Nombre del Paciente (por favor imprimir) _____

MRN # _____

Compañía De Seguros _____

Asegurada/Nombre Del Garante _____

Número de ID de Miembro _____

Este formulario sirve para informarle que es posible que su compañía de seguros no pague los artículos o servicios que se describen a continuación. El hecho de que no paguen por un artículo o servicio en particular no significa que usted no deba recibirlo. Hay una buena razón por la que su proveedor de atención médica lo ha recomendado.

Solo beneficiarios de Tricare: esta exención permite que un proveedor de la red cobre los cargos facturados por los servicios denegados como "no cubiertos" (no un beneficio de TRICARE) de un beneficiario de Tricare cuando el beneficiario ha acordado, por escrito, renunciar a su protección de facturación de saldo.

En su caso, es probable que su compañía de seguros niegue el pago de los siguientes artículos o servicios en la fecha prevista:		
Fecha: _____	Artículo/Servicio (código): _____	Costo Estimado: _____
Fecha: _____	Artículo/Servicio (código): _____	Costo Estimado: _____
Fecha: _____	Artículo/Servicio (código): _____	Costo Estimado: _____

Por las siguientes razones):

- Ha elegido pagar usted mismo por el artículo/servicio anterior.
- Es un artículo o servicio no cubierto, su compañía de seguros no lo pagará.
- Su compañía de seguros no paga por este artículo o servicio con más frecuencia que el límite de frecuencia. El artículo/servicio se considera experimental o para uso de investigación y no está cubierto.

Otro (explique): _____

<input type="checkbox"/> Opción 1. SI Quiero recibir estos artículos o servicios. Reconozco que firmo esta declaración voluntariamente y que no la firmo bajo coacción o después de que ya se hayan presado los servicios. Entiendo que, al firmar este formulario, seré totalmente responsable de los argos totales facturados por los servicios enumerados anteriormente que sean denegados por mi compañía de seguros o que haya optado por pagar por mi cuenta.
<input type="checkbox"/> Opción 2. NO He decidido no a recibir estos artículos o servicios. He elegido no recibir estos artículos o servicios y entiendo que es mi elección de que se me proporcionen estos servicios en una fecha y hora futuras.

Paciente/Guardián Legal _____

Fecha _____

Relación al paciente (si no es el paciente) _____