



# Reconocimiento por parte del miembro de la responsabilidad **financiera que le corresponde**

## Servicios para los Pacientes

Nombre del Paciente: : \_\_\_\_\_ Número de su Expediente Médico: \_\_\_\_\_  
Fecha de Servicio: \_\_\_\_\_ Proveedor: \_\_\_\_\_  
Seguro médico: \_\_\_\_\_ Grupo médico asignado: \_\_\_\_\_  
Servicio, aparato, material o equipo en cuestión: \_\_\_\_\_

Estimado paciente,

Su plan de salud reembolsará a Riverside Medical Clinic por los servicios, aparatos, materiales o equipo únicamente si el paciente tiene derecho a ellos en el momento del servicio y si están cubiertos y son necesarios por razones médicas. Además, su póliza también podría tener una exclusión que limita la cobertura relacionada con ciertos servicios específicos. Los detalles específicos de sus beneficios y de su cobertura están descritos en el manual de Evidencia de Cobertura que se le envió al abonado cuando se inscribió.

Su plan de salud exige que Riverside Medical Clinic le avise cuando un servicio, aparato, material o equipo pueda no estar cubierto, o pueda no considerarse necesario por razones médicas, o esté excluido, o cuando la elegibilidad del paciente no se pueda verificar.

Su firma al pie de este formulario indica que usted reconoce que un miembro del personal de Riverside Medical Clinic le ha informado que una o más de las siguientes situaciones podrían existir, de acuerdo con los términos de la cobertura de su plan de salud. Cuando corresponda, usted será financieramente responsable de reembolsarle a Riverside Medical Clinic por los siguientes servicios, aparatos, materiales o equipo, o el plan de salud requiere un copago más alto, o el paciente es responsable de pagar por esto de su propio bolsillo:

- \_\_\_\_\_ Servicios cosméticos
- \_\_\_\_\_ Servicios, materiales, aparatos o equipo no cubiertos
- \_\_\_\_\_ El diagnóstico (o sea, el motivo de la consulta) podría estar excluido, o podría requerir un pago más alto por parte del paciente
- \_\_\_\_\_ Podría cobrarse un copago o un pago más alto
- \_\_\_\_\_ No se obtuvo una autorización previa y el paciente eligió recibir el servicio de todos modos
- \_\_\_\_\_ La elegibilidad no se pudo verificar o no se pudo obtener en el momento del servicio

Riverside Medical Clinic no asume la responsabilidad financiera ni el riesgo por las exclusiones que se describan en su cobertura o sus beneficios y que se consideren responsabilidad del paciente.

\_\_\_\_\_  
Miembro o representante legal (en letra de molde)

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del miembro o representante legal

Fecha: \_\_\_\_\_