

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____ **CUENTA N.º:** _____

NOTIFICACIÓN DE RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE por COPAGOS/% de COSEGURO y DEDUCIBLES

Su compañía de seguro requiere que SSM Health Physical Therapy cobre la cantidad de su copago al momento del servicio. Si no lo hacemos, podríamos estar en violación de nuestro contrato con su aseguradora y corremos el riesgo de que se nos niegue el reembolso por su tratamiento. Además, tenemos la obligación de cobrar cualquier cantidad de % de coseguro o deducible no cubierto que se determine que es su responsabilidad. Usted recibirá estados mensuales de nosotros durante y después de su tratamiento por cualquier cantidad pendiente que su compañía de seguro indique que será su responsabilidad financiera. Estos estados mensuales también incluirán la cantidad facturada a su compañía de seguro y los pagos recibidos de usted y de su aseguradora.

DIVULGACIÓN DE FACTURACIÓN A PERSONAS INVOLUCRADAS EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE

Es posible que existan ocasiones en la que sea necesario que una persona involucrada directamente en su atención llame a las instalaciones para preguntar por su información personal de salud o para solicitar información de facturación. Tómese unos minutos para completar esta sección.

Autorizo a SSM Health Physical Therapy divulgar mi información de salud que esté directamente relacionada a mi tratamiento actual en SSM Health Physical Therapy la(s) persona(s) mencionada(s) a continuación con fines relativos a su función en mi tratamiento o al pago por los servicios médicos que he recibido.

Dichas personas involucradas en su atención podrían incluir a: cónyuge, hijos, parientes consanguíneos, compañeros de cuarto, novios/novias, pareja, vecinos y colegas.

NOMBRE	RELACIÓN

No deseo que mi información de salud se divulgue a personas involucradas en mi atención.

NOMBRE	RELACIÓN

SSM Health Physical Therapy ha verificado los beneficios de terapia física / terapia ocupacional / terapia del habla ambulatoria basados en la información que usted nos proporcionó. Su compañía de seguro tiene la exención de responsabilidad de que esto es una verificación de los beneficios y no una garantía de pago. En función de la información que su aseguradora nos proporcionó, la cantidad estimada por la que usted es responsable es de:

Copago _____/Visita

% de coseguro de la cantidad permitida _____

Cantidad del deducible _____ Cantidad no cubierta _____

Máximo de visitas/días _____ por persona / enfermedad / año / de por vida

Máxima cantidad de dinero _____ Máximo de gastos de bolsillo _____

Información adicional sobre beneficios _____

NOTA: La información de cobertura ESTIMADA se proporciona como una cortesía a nuestros pacientes, pero no tiene la intención de liberarlos de la responsabilidad total del saldo de su cuenta. El cálculo se basa en un contrato negociado y cualquier saldo pendiente se le facturará después de que se reciba información adicional de su compañía de seguro.

Estamos comprometidos con la excelencia en el servicio a nuestros pacientes. Si tiene preguntas o inquietudes relativas a su facturación, comuníquese con nuestra Oficina Central de Negocios llamando al (866)889-9968. Gracias.