

Paciente ID No.: _____
(Si se desconoce, deje blanco)

Fecha: _____

POLÍTICA FINANCIERA

Todos los servicios profesionales estarán a cargo del paciente. El paciente será responsable por todos los cargos, sin importar el tipo de seguro que tenga. El pago por los servicios deben ser pagados en el momento de registrarse.

AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN AL SEGURO

Pido que los pagos de beneficios de Medicare y de otras aseguradoras autorizadas se hagan a los consultorios de Reno Diagnostic Center por cualquier servicio llevado a cabo por parte del médico o quien acepte asignatura. Los reglamentos asignados a Medicare aplican en este caso. El paciente será responsable de los pagos deducibles, otros seguros y servicios que no cubra el plan, que sean cargos determinados por la compañía aseguradora.

Autorizo a quien posea información médica o de otro tipo sobre mí, la entrega de cualquier información necesaria para esta reclamación relacionada con Medicare o con otra compañía aseguradora, a la Administración del Seguro Social y a la Administración Financiera del Cuidado de la Salud o sus intermediarios o proveedores. Autorizo que una copia de esta autorización se use en lugar del original, y pido que se hagan los pagos de beneficios de seguro médico para mí o para la persona que acepta la asignatura. Tengo entendido que es obligatorio avisar al proveedor de servicios de salud si alguna otra parte es responsable de pagar por mi tratamiento.

FUERA DE SU PROPIO BOLSILLO LOS PAGOS

Si pagó de su bolsillo (o en otras palabras, que ha solicitado que no se factura a su plan de salud) en su totalidad para un artículo o servicio, usted tiene el derecho a solicitar que su información de salud sea protegida con respecto a ese tema o servicio no será revelada a un plan de salud con fines de pago o de operaciones de atención médica y nos honrará esa solicitud.

Autorizo la divulgación de mis radiografías al médico remitente (s) y / o el médico de consulta (s) a lo solicitado.

Nota: La negativa a firmar o primera parte de este formulario no niega necesariamente la responsabilidad financiera del paciente por los servicios prestados ni RDC no permitir la divulgación de información como se indica por nuestro aviso de prácticas de privacidad o de lo requerido por la ley. El consentimiento para recibir servicios es considerado como un reconocimiento implícito de, y acuerdo con todos los avisos y consentimientos indicados anteriormente.

(Si firma como representante personal, debe proporcionar documentación de su derecho legal de hacerlo.)

Firma del Asegurado/Paciente, Padre o Tutor

Fecha

Nombre

Relación al Paciente