



## Cesión de Beneficios

**Es su responsabilidad entender los beneficios de su seguro médico.** Si no está seguro de si un servicio o tratamiento está cubierto, debe comunicarse con su compañía de seguros. Si su aseguradora indica que tiene un copago y/o deducible, esa cantidad se le solicitará al momento del registro. Si queda un saldo adicional pendiente, usted recibirá una factura de nuestra parte.

### **Descargo de Responsabilidad del Asegurador:**

Una cotización de beneficios y/o autorización **no garantiza el pago ni la verificación de elegibilidad.** El pago de beneficios está sujeto a todos los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones del contrato del miembro en el momento del servicio.

### **Responsabilidad del Seguro por el Pago:**

Su compañía de seguros médicos solo pagará por los servicios que determine como “razonables y necesarios.” Esta oficina hará todo lo posible por obtener la autorización previa para todos los servicios y procedimientos. Si su aseguradora determina que un servicio no es razonable ni necesario, o que no está cubierto por su plan, **se negará a pagar dicho servicio**, y usted será responsable de los cargos no cubiertos por su(s) aseguradora(s).

### **Acuerdo del Beneficiario:**

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo que mi compañía de seguros médicos puede negar el pago. Si mi aseguradora niega el pago, acepto ser personalmente y totalmente responsable del mismo. También entiendo que si mi aseguradora cubre el servicio, soy responsable de cualquier copago, deducible o coseguro correspondiente.

Al firmar a continuación, certifico que he leído la información anterior. Cualquier duda sobre estas políticas ha sido discutida. Mi firma también certifica que entiendo y acepto las políticas descritas arriba. Una fotocopia de este documento tiene la misma validez que el original. Puede solicitar una copia de este documento si lo desea.

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

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

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_