

DIVULGACIONES Y AUTORIZACIONES

POR FAVOR LEA E INICIAL SIGUIENTE A CADA DECLARACIÓN

Consentimiento para el tratamiento

Iniciales

Autorizo la evaluación y el tratamiento médicos, y la divulgación de información para fines médicos / de seguros con respecto a mi enfermedad y tratamiento. Por la presente, autorizo el pago de mi compañía de seguros a Emed Multispecialty Group por los servicios prestados. Seré responsable de cualquier monto no cubierto por mi seguro.

Iniciales

Entiendo que se puede tomar una fotografía facial en la primera visita solo con fines de identificación y que será parte de mi historial médico y estará sujeta a toda la protección que reciba otra información de salud personal.

Acuerdo de asignación de beneficios al paciente

Iniciales

Autorizo el envío directo del pago de todos los seguros a Emed por todos los servicios cubiertos, y autorizo a Emed a actuar como mi representante designado con respecto a todos los aspectos de la presentación de reclamos de seguro, incluidas, entre otras, las apelaciones por servicios prestados por Emed. Comprendo y acepto que mi Asignación de beneficios tendrá un efecto continuo mientras reciba los servicios de Emed. Autorizo a mi compañía de seguros a enviar TODOS LOS PAGOS directamente a Emed

Iniciales

Entiendo que, en última instancia, tengo la responsabilidad financiera del pago de todas las tarifas asociadas con los servicios prestados por Emed. Seré responsable de todos los cargos no cubiertos por mi seguro y si recibo algún pago de mi compañía de seguros directamente por los servicios prestados por Emed, lo enviaré de inmediato a Emed

Iniciales

Entiendo que los gastos de bolsillo estimados se deben antes de recibir cualquier servicio. Puede comunicarse con el departamento de facturación de Emed directamente al (904) 514-3240 durante el horario comercial normal de lunes a viernes para cualquier pregunta relacionada con la facturación.

Iniciales

Entiendo que soy completamente responsable de proporcionar todos los planes de seguro activos en cada cita a la recepción. Soy responsable de asegurar que Emed y el Dr. René Pulido participen con mi seguro. Entiendo que si mi política requiere referencias y el Dr. Rene Pulido NO es el PCP asignado, soy responsable de asegurarme de que Emed tenga una referencia activa y válida en el archivo para cada fecha de servicio que solicite tratamiento. Entiendo que si no hay una referencia activa en el archivo, se me puede facturar y ser responsable por cualquier reclamo denegado.

Política financiera cuentas vencidas e identificación del paciente

Iniciales

Entiendo que, como cortesía para mí, Emed presentará todos los reclamos a cualquier plan de seguro participante que proporcione. Entiendo que si alguna reclamación no se paga dentro de los 90 días a partir de la fecha del servicio, la reclamación se considerará vencida. Entiendo que cualquier reclamo que haya vencido más de 90 días, por la presente, acepto pagar todos esos cargos. También entiendo que en el caso de que mi cuenta se coloque en una agencia de cobros por falta de pago en mi nombre, seré responsable de todos los costos de los cobros, incluidos, entre otros, las tarifas de cobranza.

Iniciales

Entiendo que cualquier deducible, copago y coseguro se cobran al momento del servicio. Si he acumulado un saldo vencido, el saldo se cobrará en su totalidad o mediante un plan de pago con el departamento de facturación. Entiendo que Emed solo acepta pagos en efectivo, crédito / débito, cheque de caja o giro postal. Si hago una disputa de tarjeta de crédito / débito con mi institución financiera, sé que seré responsable de una tarifa administrativa de \$ 75.00.

