

Carta de responsabilidad financiera del paciente

Fecha: _____ Nombre del paciente: _____

Seguro: Primario _____ Secundario _____ Terciario _____

Servicios prestados

Farmacia Enfermería Equipos Otro

Los beneficios se verificaron con su compañía de seguros para nuestros servicios de la siguiente manera: Deducible anual \$ _____

La cobertura cubre _____ % de los cargos

Gasto máximo anual de su bolsillo \$ _____

Importe del copago de farmacia \$ _____

¿Se proporcionó una bomba para la administración de medicamentos? Sí No

Si su respuesta es "sí":

Especificar bomba: _____

Costo de sustitución si no se devuelve: _____

Su Compañía de Seguros no cubre estos servicios. Usted es responsable de todos los gastos por los servicios prestados. Su costo estimado por los servicios prestados es el siguiente: \$ _____

La cobertura de su seguro para nuestros servicios no pudo ser verificada antes de la prestación de los servicios. Usted nos ha dado permiso para prestarle servicios entendiendo que usted puede ser responsable del 100% de los cargos. Su costo total estimado puede ser \$ _____.

• Nos pondremos en contacto con usted lo antes posible una vez que podamos confirmar sus prestaciones.

Comentarios adicionales: _____

Nota: Los importes indicados anteriormente nos fueron facilitados por su Compañía de Seguros en el momento de la verificación del seguro. No podemos garantizar que los importes sean definitivos y no puedan cambiar, ya que se basaron en la información facilitada en ese momento. Cualquier cambio que se produzca en el pedido inicial de medicación prescrito por su médico también puede afectar al importe adeudado. Si se produce un cambio de este tipo, se le notificará. Usted recibirá los servicios y nosotros se los prestaremos entendiendo que, en caso de que su cobertura no sea efectiva, se le facturarán los servicios prestados y usted será el responsable económico de los mismos. Si cambian sus prestaciones o el/los seguro(s) arriba mencionado(s), es su responsabilidad notificarnoslo lo antes posible. Si no nos notifica a tiempo para cumplir con los requisitos de presentación de reclamaciones de su seguro, usted será responsable económicamente de la totalidad del importe adeudado. Si su cobertura farmacéutica es a través de un plan Medicare D, el importe de su copago puede variar con cada envío. Se le proporcionará una explicación completa de la cobertura de medicamentos de Medicare D antes de iniciar los servicios.

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con nuestro Departamento de Facturación al número (877) 567-8087.