

MidState
PULMONARY

Breathe. Sleep. Heal.

Certifico que la tarjeta copiada a continuación es mi seguro actual y mi tarjeta actual. Entiendo que aunque mi aseguradora no haya cambiado, mi dirección de facturación (no de pago sino de facturación) puede cambiar de un mes a otro. Si no presento mi tarjeta actual, entiendo que puedo causar que el reclamo se presente incorrectamente. Si provoco una presentación incorrecta al presentar la tarjeta incorrecta, seré **100%** responsable de mi factura. Muchas compañías de seguros ahora tienen límites de presentación oportunos y deben recibir el reclamo dentro de los 90 días posteriores a la fecha del servicio para poder pagar los beneficios. Si proporciona información incorrecta sin darse cuenta, traiga una copia de su tarjeta actual dentro de los 30 días de su visita al consultorio. Necesitamos tanto el anverso como el reverso de la tarjeta del seguro.

También entiendo que es mi responsabilidad asegurarme de tener una remisión correcta y actual de mi compañía de seguros para cada una de mis visitas al consultorio. Será mi responsabilidad comunicarme con mi médico de atención primaria y obtener la remisión al consultorio del especialista antes de mi cita. Las compañías de seguros que requieren referencias actuales no pagarán beneficios sin ellas.

Facturaremos a dos compañías de seguros por usted, pero en última instancia es su responsabilidad si por alguna razón su compañía de seguros no paga su reclamo.

Al firmar a continuación, declara que ha leído lo anterior y acepta los términos.

Firma del paciente/parte responsable

Fecha

Revised 6.19.2023