



OPCIÓN DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN DE LA PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES AL SEGURO

Si usted, el paciente, no desea usar su seguro médico, puede solicitar que no se le facture a su seguro al completar el siguiente formulario (a menos que su seguro ponga límites a este tipo de solicitudes o usted tenga Medicare o Medicaid).

Al mismo tiempo, Heartfelt Pediatrics LLC debe estar de acuerdo con restringir la divulgación de su información médica protegida a su seguro médico, si la divulgación es con el fin de llevar a cabo el pago o las operaciones de atención médica no lo exige la ley, y la información médica protegida se refiere únicamente a un elemento de atención médica o servicio que usted ya le ha pagado a Heartfelt Pediatrics LLC en su totalidad.

Para más información, vea 45 CFR 164.522(a)(1)(vi).

ELECCIÓN DEL PACIENTE DE PAGAR LOS SERVICIOS POR SU CUENTA

Yo, **(NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL EN LETRA DE MOLDE)**

_____, el/la padre/madre/tutor legal abajo
firmante de **(NOMBRE DEL MENOR EN LETRA DE MOLDE)** _____, reconozco que
entiendo y acepto que:

1. Heartfelt Pediatrics LLC y sus proveedores están dentro de la red con mi compañía de seguro médico, _____, mencionado como "Compañía".
2. Estoy cubierto con uno de los programas de seguro médico que ofrece la empresa.
3. El plan de salud bajo el cual estoy cubierto incluye beneficios para algunos o todos los servicios proporcionados por Heartfelt Pediatrics LLC.
4. A pesar de lo anterior, no deseo que Heartfelt Pediatrics LLC le presente una reclamación a mi compañía de seguro médico por los servicios que me han prestado.
5. Hasta el momento en que yo pueda informarle lo contrario por escrito a Heartfelt Pediatrics LLC, elijo pagar todos los servicios que recibo de Heartfelt Pediatría con sus tarifas.
6. Por la elección de pagar por mi cuenta los servicios, los pagos que hago a Heartfelt Pediatrics no se acreditarán a la satisfacción de cualquier deducible al que pueda estar sujeto bajo mi plan de seguro médico, a menos que se permita lo contrario bajo los términos de mi plan de salud.
7. He leído este formulario de Elección de pago de servicios por cuenta propia, y he tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta que pudiera tener al respecto. Respondieron de forma satisfactoria a todas mis preguntas sobre este formulario.
8. He elegido libremente a pagar por los servicios después de haberle preguntado a Heartfelt Pediatrics LLC acerca de las opciones de pago y de haber considerado cuidadosamente esas opciones.
9. A menos que lo exija la ley, yo restrinjo la divulgación de mi información médica protegida a mi plan de seguro médico, si la divulgación es con el fin de llevar a cabo el pago o las operaciones de atención médica y la información médica protegida se refiere únicamente a un artículo de atención médica o servicio para el que le he pagado a Heartfelt Pediatrics LLC en su totalidad.

Firma del padre/madre/tutor legal

Nombre en letra de molde del padre/madre/tutor legal

Fecha de hoy

REVOCACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL PACIENTE DE PAGAR LOS SERVICIOS POR SU CUENTA

Yo, **(NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL EN LETRA DE MOLDE)**

_____, el/la padre/madre/tutor legal abajo
firmante de **(NOMBRE DEL MENOR EN LETRA DE MOLDE)** _____, reconozco que
entiendo y acepto que:

1. Con anterioridad firmé la Elección del paciente de pagar los servicios por su cuenta a Heartfelt Pediatrics LLC, el (fecha) _____
2. Sigo estando asegurado con mi (compañía de seguros) _____ plan de seguro médico con el que Heartfelt Pediatrics LLC sigue participando.
3. Con mi firma abajo, revoco mi elección anterior de pagar los servicios por mi cuenta, y le pido a Heartfelt Pediatrics que comience a facturar a mi plan de salud por los servicios que se me han prestado.
4. Soy consciente de que el plan de salud bajo el cual estoy cubierto puede limitar la cobertura de los servicios prestados por Heartfelt Pediatrics LLC y / o puede someterme a un deducible que debe ser satisfecho antes de que se proporcione cualquier beneficio bajo el plan de salud.
5. Yo seré personalmente responsable por el costo de cualquier servicio que me proporcionado por Heartfelt Pediatrics LLC que no están cubiertos por mi plan de salud o que mi plan de salud se niega a pagar en la medida compatible con los términos de mi plan de salud.
6. Heartfelt Pediatrics LLC facturará por los servicios en sus tarifas contratadas como proveedor participante con mi compañía de seguro médico, que pueden tener tarifas más altas que las tarifas generales ofrecidas por Heartfelt Pediatrics LLC y las disponibles para los pacientes que pagan por los servicios por su cuenta.
7. He leído este formulario de revocación del paciente de pagar los servicios por su cuenta y he tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta que pudiera tener al respecto. Se respondieron de manera satisfactoria todas mis preguntas sobre este formulario.
8. Reconozco que Heartfelt Pediatrics LLC puede y va a revelar mi información médica protegida a mi compañía de seguro médico con el fin de llevar a cabo operaciones de pago o de atención médica.

Firma del padre/madre/tutor legal

Nombre en letra de molde del padre/madre/tutor legal

Fecha de hoy