

Name:

MRN:

DOB:

**RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE DEBIDO A UNA
RENUNCIA DE PAGO POR PARTE DEL SEGURO MEDICO**

NOTIFICACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

(Patient Responsibility Notice)

Notificación de parte del Proveedor :

Insurance will only pay for services that it determines to be "reasonable and necessary." If Insurance determines that a particular service, although it would otherwise be covered, is "not reasonable and necessary" under contract standards, Insurance will deny payment for that service. Your insurance may deny payment for _____ for the following reasons:

(El seguro médico pagará por aquellos servicios médicos considerados "razonables y necesarios." Si la compañía de seguros médicos determina que un servicio médico en particular no es "razonable y necesario", de acuerdo al contrato del plan médico, entonces negará el pago para dicho servicio. Es probable que su compañía de seguro médico se niegue a pagar por _____ Por las siguientes razones:)

Acuerdo con el Beneficiario :

(Beneficiary Agreement)

Mi proveedor médico me ha notificado que es probable que mi compañía de seguro médico niegue el pago por el servicio médico mencionado anteriormente y por las razones ya descritas más arriba. Si el seguro médico niega tal pago, acepto toda responsabilidad por el pago total de este servicio.

Firmado por, _____
(Signed by,)

Firma del Beneficiario *(Beneficiary Signature)*

Nombre del Beneficiario *(Printed Beneficiary Name)*

Fecha *(Date)* / Hora *(Time)*