[Name of Practice]

Elección de no presentar reclamos ante el seguro médico

(*este formulario solo está dirigido a pacientes sin lesiones personales [PI]*).

El (los) quiropráctico(s) de este centro médico son proveedores participantes (“dentro de la red”) de su plan de beneficios médicos. Como proveedores participantes, estamos obligados a presentar reclamos de reembolso ante su plan por todos los servicios *cubiertos*, SALVO que nos indique por escrito no hacerlo.

Nos ha indicado que, en vez de utilizar su propio seguro médico, desea pagarle directamente a este consultorio por los servicios prestados *relacionados con este episodio de atención* (hasta que el médico determine que ha alcanzado la mejora médica máxima [MMI, por sus siglas en inglés]).

Revise cuidadosamente la información que se muestra a continuación, la cual le ayudará a tomar una decisión informada.

**Si elige NO presentar reclamos ante su seguro médico, sucederá lo siguiente:**

1. El centro médico se basará en su decisión de no presentar reclamos ante su plan de salud y usted será completamente responsable *del pago de todos los cargos por todos los servicios que se le preseten*.
2. El costo de su tratamiento se le facturará aplicando las tarifas usuales del centro médico en vez de las tarifas con descuento que normalmente se aplican a los servicios cubiertos por su plan de beneficios médicos.
3. Ninguno de los cargos de su tratamiento se aplicará para cubrir los deducibles anuales de su plan de beneficios médicos.
4. Si elige no presentar reclamos ante su plan de salud por el tratamiento relacionado con este episodio de atención, su decisión será irrevocable.

**Si elige PRESENTAR reclamos ante su seguro médico, sucederá lo siguiente:**

 1. Su seguro médico debe pagar el costo de los servicios *cubiertos* que se le presten, a excepción de los copagos, coseguros o deducibles, los cuales deberá pagar al momento de recibir los servicios.

1. Usted es responsable de pagar al centro médico el costo de los servicios *no cubiertos* que elija recibir (mediante su firma en esta Renuncia de servicios no cubiertos del centro médico) y, a menos que se haya establecido un plan de pago, dichos servicios serán pagaderos al momento en que se brindan.

**Elección de no presentar reclamos ante su seguro médico:**

1. Al firmar el presente documento, certifico que he leído y comprendo la información mencionada anteriormente sobre las opciones que tengo disponibles y que se me dio la oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas.
2. Comprendo que el centro médico actúa conforme a mi decisión de no presentar reclamos ante seguro médico *relacionados con este episodio de atención*, y que tal decisión es irrevocable.

Por medio de la presente, ordeno al centro médico no presentar reclamos ante mi plan de atención de salud por servicios asociados con este episodio de atención.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del paciente **en letra de imprenta** Representante del centro médico **en letra de imprenta**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paciente Firma del representante del centro médico

(o del padre/la madre/el tutor legal, si corresponde)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: Fecha:

Se deberá conservar una copia completa de este acuerdo

celebrado en la historia clínica del paciente y se le debe entregar una copia al paciente.