[Name of Clinic]

Elección de no presentar reclamos ante el seguro médico

**(lesión personal/accidente**)

El (los) quiropráctico(s) de esta clínica es (son) proveedor(es) participante(s) (“dentro de la red”) de su plan de beneficios médicos. Como proveedores participantes, estamos obligados a presentar reclamos por reembolsos ante su plan por todos los servicios cubiertos que se le brinden, SALVO que nos indique por escrito no hacerlo.

Nos ha indicado que, para los servicios relacionados con esta lesión personal, en lugar de utilizar su propio seguro médico, desea considerar obtener el pago de parte de terceros pagaderos, como el seguro de responsabilidad civil del conductor responsable. 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. La clínica se basará en su decisión y le dará un crédito equivalente al costo de la atención teniendo en cuenta que su factura será pagada por terceros distintos de su seguro médico. **Se le exigirá que ceda a la clínica el derecho a recibir dinero de aseguradoras de responsabilidad civil, aseguradoras de gastos médicos u otros terceros pagaderos en la medida que se necesite para cubrir el monto de su factura.**
2. No tendrá que pagar copagos/coseguros ni deducibles que su plan de beneficios médicos normalmente le exigiría pagar.
3. El costo de su tratamiento se facturará aplicando las tarifas habituales de la clínica en lugar de las tarifas con descuento que normalmente son aplicables a los servicios cubiertos por su plan de beneficios médicos.
4. Si los pagos realizados por terceros no alcanzan para cubrir el total de su factura, posiblemente sea personalmente responsable por cualquier saldo que no se haya abonado.
5. Ninguno de los cargos de su tratamiento se aplicará para cubrir el deducible anual (si corresponde) de su plan de beneficios médicos.

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

 1. Su seguro médico debe pagar el costo de los servicios *cubiertos* asociados con este accidente o lesión, A EXCEPCIÓN DE los copagos, coseguros o deducibles, los cuales usted debe pagar directamente a la clínica al momento de recibir los servicios.

2. Deberá pagar a la clínica los servicios *no cubiertos* que elija recibir; tal pago debe efectuarse al momento de recibir los servicios.

3. Si, en un inicio, su plan de beneficios médicos le paga a la clínica su tratamiento y luego determina que no es legalmente responsable del pago, el administrador del plan puede exigirle a la clínica que le reintegre la totalidad o parte del pago recibido. En ese caso, usted deberá reembolsar a la clínica por el monto que esta tuvo que reembolsar.

1. Su plan de beneficios médicos le exige a la clínica que presente los reclamos oportunamente. Si bien los plazos para la presentación oportuna de reclamos varían, la mayoría de los planes establece un plazo de 3 a 6 meses a partir de la fecha de la prestación del servicio para presentar reclamos. Si un reclamo se presenta después del plazo establecido por acción u omisión del paciente, tal reclamo podría ser denegado; en este caso, usted sería responsable de pagarle a esta clínica los servicios denegados.

**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. Por medio de la presente, le ordeno a la clínica que no presente reclamos ante mi seguro médico por servicios relacionados con este accidente o esta lesión. Asimismo, autorizo a la clínica a enviar los registros de mi tratamiento a otros terceros pagaderos que posiblemente puedan efectuar el pago y a obtener el pago de su parte.
3. Entiendo que la clínica actúa sobre la base de mi decisión de no presentar reclamos ante mi seguro médico y que esta decisión es irrevocable en lo que se refiere a los reclamos relacionados con este accidente o esta lesión.
4. Comprendo que ninguna acción que tome en el futuro interferirá en el derecho de la clínica de facturar y obtener el pago de terceros pagaderos, salvo que la clínica haya asumido una obligación contractual con mi plan de beneficios médicos que establezca lo contrario.

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

Nombre del paciente **en letra de imprenta** Representante de la clínica **en letra de imprenta**

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

Firma del paciente Firma del representante de la clínica

(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.**