

Mischer Neuroscience Associates

Favor indicar personas (incluye familiares, amigos, y médicos que le han tratado) con quienes podemos compartir su información.

Nombre	Relación

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Mischer Neurosurgical Associates facturará su aseguradora como cortesía, aun cuando se le considere responsable por la totalidad de la cuenta al momento de prestarle los servicios. Si su aseguradora no nos envía el pago correspondiente en un lapso de 60 días, el saldo aplicable deberá ser pagado por usted en su totalidad. A menos que su aseguradora posea un contrato con *Mischer Neurosurgical Associates* para pagar en base a una tarifa negociada específica; usted será responsable de cualquier diferencia pendiente entre el pago de la aseguradora y los cargos totales. Los pacientes con planes "managed care" deben efectuar sus correspondientes copagos el día de su visita, tal como lo estipula el contrato del seguro.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Por medio la presente asigno todos los beneficios médicos y quirúrgicos, incluyendo los principales beneficios médicos a los cuales tengo derecho. Por la presente autorizo y dirijo a mi compañía de seguro de salud, incluyendo Medicare, seguros privados y cualquier otro plan de seguro de salud/médico, a emitir cheques de pago directamente a MHS Physicians of Tx por servicios médicos prestados a mi persona y/o a mis dependientes independientemente de mis beneficios de seguro, en caso de tenerlos. Entiendo que soy responsable por cualquier monto no cubierto por el seguro.

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION

Por medio de la presente autorizo a mi médico en *Mischer Neurosurgical Associates* (1) liberar cualquier información necesaria para las compañías de seguro de salud con respecto a mi enfermedad y tratamientos; (2) procesar reclamos de seguros generados en el curso del examen o tratamiento; y (3) permitir que una fotocopia de mi firma sea utilizada para procesar reclamos de seguros por el período de vida útil. Esta orden permanecerá en efecto hasta ser revocada por mí por escrito.

He solicitado servicios médicos de mi doctor en *Mischer Neurosurgical Associates* en nombre de mi persona y/o de mis dependientes y entiendo que al hacer esta petición, me convierto en responsable financiero por cualquier y por todos los cargos incurridos en el curso del tratamiento autorizado..

Entiendo que los honorarios son exigibles y pagaderos en la fecha en que los servicios se prestan y me comprometo a pagar todos los gastos incurridos en su totalidad inmediatamente después de la presentación de la declaración correspondiente. Una fotocopia de la presente debe ser considerada tan válida como la original.

RECONOCIMIENTO DE HABER REVISADO LA NOTA SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

He revisado el aviso de prácticas de privacidad de *Mischer Neurosurgical Associates*, el cual explica cómo mi información médica ha de utilizarse y divulgarse. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento.

Nombre del Paciente en Letra de Imprenta

Fecha de Nacimiento del Paciente

Firma del Paciente/Representante

Fecha

Testigo

Fecha