



Acuse de recibo de condición de pago por cuenta propia- Responsabilidad del paciente

Nombre del paciente: _____ Cuenta: _____

Estimado Paciente de Star,

Se le envía esta carta de acuse de recibo, porque ha pedido que a su visita de hoy se le asigne el código “pago por cuenta propia”. Los pacientes de “pago por cuenta propia” son aquellos que no tienen seguro o que eligen no presentar la reclamación a una compañía de seguros. Ha pedido que a este servicio se le asigne el código “pago por cuenta propia” porque (**marque una opción**):

- No tiene seguro médico**
- Tienes seguro médico, pero no quieres que se emita una factura a su seguro por esta fecha de servicio y, por el contrario, quiere pagar de su bolsillo**
- Sabes de la escala móvil de tarifas, pero a rechazado participar.**

Queremos que sepa qué prever, para que pueda tomar una decisión informada. Para lograr esto, firme a continuación que está de acuerdo con lo siguiente:

- Le hemos proporcionado una estimación a nuestra tarifa reducida de “pago por cuenta propia”. La estimación de responsabilidad del paciente vence y debe pagarse en su totalidad el día de hoy.
- Si tiene seguro u otro tipo de cobertura, la compañía de seguros no reembolsará los servicios que reciba hoy y que estén incluidos en el descuento de “pago por cuenta propia”, así como tampoco se aplicarán a su deducible. Puede consultar a su compañía de seguro antes de acordar este descuento de “pago por cuenta propia”.

Con mi firma a continuación, declaro que he leído y comprendido lo que antecede y que he tenido la oportunidad de consultar mis dudas. Confirmando que soy el paciente o el representante debidamente autorizado del paciente.

Firma del paciente o del representante: _____ Fecha: _____

Si la firma no pertenece al paciente, indique la relación con el paciente: _____