



(Ph)541.773.9772

(Ph)541.830.4325

## Aviso Anticipado al Beneficiario sin Medicare

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Identificación del seguro # \_\_\_\_\_

**Nota: Debe tomar una decisión sobre la recepción de estos artículos o servicios de atención médica.**

Esperamos que su compañía de seguros no pague por los artículos o servicios que se describen a continuación. Su compañía de seguro no paga todos sus costos de atención médica. Su Compañía de Seguro solo paga artículos y servicios cubiertos cuando se cumplen las reglas de su compañía de seguros. El hecho de que su compañía de seguros no pueda pagar por un artículo o servicio en particular no significa que no deba recibirlo. **Puede haber una buena razón por la que su médico lo recomendó. En este momento, en su caso, su Compañía de Seguros probablemente no pagará por:**

**Artículo o servicio:**

**Porque:**

El propósito de este formulario es ayudarlo a tomar una decisión informada sobre si desea recibir estos artículos o servicios, sabiendo que usted podría tener que pagar por ellos usted mismo. Antes de tomar una decisión sobre sus opciones, debe leer todo este aviso cuidadosamente.

- Pídenos que te expliquemos si no entiendes por qué tu Compañía de Seguros probablemente no pagará.
- Pregúntenos cuánto le costarán estos artículos o servicios.

**POR FAVOR, ELIJA UNA OPCIÓN. FIRMA Y FECHA.**

**Opción 1: Sí, quiero recibir estos artículos o servicios.**

Entiendo que mi Compañía de Seguros no decidirá si debo pagar a menos que reciba estos artículos o servicios. Por favor, envíe mi reclamo a mi compañía de seguros. Entiendo que usted puede facturarme por artículos o servicios y que tal vez tenga que pagar la factura mientras mi Compañía de Seguros está tomando su decisión. Si mi compañía de seguros paga, me reembolsará cualquier pago que le haya hecho que se me deba. Si mi Compañía de Seguros niega el pago, acepto ser personalmente y totalmente responsable del pago. Es decir, pagaré personalmente, ya sea de su bolsillo o a través de cualquier otro seguro que tenga. Entiendo que puedo apelar la decisión de mi Compañía de Seguros

**Opción 2: No, he decidido no recibir estos artículos o servicios.**

No recibiré estos artículos o servicios. Entiendo que usted no será capaz de presentar una reclamación a mi seguro compañía y que no podré apelar su opinión de que mi compañía de seguros no pagará.

**FIRMA:**

**FECHA:**

NOTA: Su información médica se mantendrá confidencial. Cualquier información que recopilemos sobre usted en este formulario se mantendrá confidencial en nuestras oficinas. Si se envía una reclamación a su compañía de seguros, su información médica en este formulario puede ser compartida con su compañía de seguros. Su compañía de seguros mantendrá su información médica confidencial.