

(Spanish) Acuerdo de copago y deducible del seguro

Acuerdo de copago y deducible del seguro

Se me ha informado del plan de tratamiento y las tarifas asociadas. Acepto ser responsable de todos los cargos de copago y deducibles establecidos por el seguro. En la medida en que lo permita la ley, doy mi consentimiento para que su uso y divulgación de mi información médica personal se utilice con el único propósito de recaudar cualquier monto debido a la práctica.

Me doy cuenta de que Psychological Behavioral Health cobrará según lo que se espera que pague mi compañía de seguros. Estoy pagando el copago estimado con el entendimiento de que todavía soy responsable del saldo restante después de recibir el pago del seguro. Si el pago real del seguro es mayor que el monto estimado, recibiré un reembolso de la diferencia. Si el pago real del seguro es menor que el monto estimado, se me notificará el saldo pendiente. Acepto pagar el saldo restante en su totalidad dentro de los 30 días. Acepto permitir el uso de mi tarjeta de crédito para cargar todos los copagos y deducibles pendientes.

Entiendo que puedo solicitar ver las fechas y el monto de todos los cargos.