



## Managed Care Waiver Renuncia de responsabilidad financiera

**NOTA:** Si su plan de salud no paga el servicio que se menciona a continuación, es posible que usted deba pagarlo.

Usted recibe este aviso porque es posible que su compañía de seguros no pague todos los servicios que reciba durante su visita a nuestro consultorio.

Algunos planes de salud solo pagan los servicios de atención médica que se determinen médicamente necesarios y se consideren “servicios cubiertos”. Los servicios cubiertos se definen en el certificado de cobertura de un plan de salud o en un acuerdo médico grupal. Todos los miembros inscritos en el plan reciben una copia de estos documentos.

Los servicios que posiblemente solicite un médico que no puedan considerarse “servicios cubiertos” pueden incluir, entre otros, los siguientes:

- Exámenes físicos de rutina
- Extracción de lesión cutánea o biopsia
- Incisión y drenaje de abscesos
- Exámenes físicos para la escuela, el trabajo o para practicar un deporte
- Densitometría ósea DEXA
- Destrucción de una lesión benigna
- Determinadas pruebas de detección o de diagnóstico
- Inyecciones en articulaciones, puntos reflexógenos, ligamentos, tendones
- Arrancamiento de uñas
- Determinadas vacunas
- Demostración y/o evaluación del uso del nebulizador del paciente
- Colonoscopia

Otro artículo o servicio: \_\_\_\_\_

Si tiene preguntas o inquietudes sobre un procedimiento que puede no estar cubierto por su plan de salud, lo alentamos a comunicarse directamente con su compañía de seguros.

Comprendo que es posible que mi plan de salud no pague estos servicios. Acepto tener la completa responsabilidad personal del pago oportuno de la cantidad facturada.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)	Fecha de nacimiento	Fecha	Hora
Paciente/firma autorizada		Fecha	Hora

If limited English proficient or hearing impaired offer interpreter at no additional cost:

Interpreter Accepted \_\_\_\_\_  Interpreter Refused

(Name/Number of Person/Services Chosen/Used)