

UGNJ
UROLOGY GROUP OF NEW JERSEY, LLC

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Autorizo que se realicen pagos o se otorguen beneficios de seguro a UGNJ en concepto de los servicios médicos o procedimientos quirúrgicos que están a mi cargo, según los planes de beneficios de salud públicos o privados, incluidos los pagos de Medicare, los pagos de Medigap y todo otro pago de planes privados o autofinanciados. Certifico que la información que proporcioné a UGNJ es correcta. Asigno y transfiero a UGNJ el derecho de actuar en mi nombre para cobrar todos los pagos que estén a mi cargo, según los planes de beneficios de salud públicos o privados. Comprendo que soy responsable de los deducibles, coseguros, copagos y servicios no cubiertos.

Comprendo que UGNJ está autorizado para utilizar y divulgar mi información médica relativa a tratamientos o pagos, y comprendo que esta utilización está permitida por la ley. Por la presente, autorizo a UGNJ para divulgar dicha información médica, según sea necesario.

ACUERDO FINANCIERO

Comprendo que si UGNJ no participa con el pagador de mi seguro, y aun así deseo recibir atención, se me puede atender en calidad de paciente “que paga por cuenta propia”. Comprendo que deberé pagar el costo total de la visita por adelantado. UGNJ puede presentar en mi nombre y como cortesía una reclamación a mi seguro no participante o bien, la Oficina de facturación (Billing Office) me entregará un formulario de reclamación.

SERVICIOS NO CUBIERTOS

Comprendo que los contratos de UGNJ con las compañías de seguros de salud y con otros pagadores están relacionados únicamente con las prestaciones y los servicios que están “cubiertos” por las compañías de beneficios de salud y demás pagadores. Por consiguiente, acepto la plena responsabilidad financiera de todas las prestaciones y los servicios que las compañías de beneficios de salud y demás pagadores determinan que no están cubiertos. Algunos ejemplos de servicios no elegibles para el pago incluyen, entre otros, servicios establecidos como no médicamente necesarios, no cubiertos, experimentales o que de ninguna otra forma se los definió como cubiertos en el contrato del paciente o en algún resumen de beneficios proporcionado al beneficiario del paciente.

CANCELACIÓN DE CITAS

Comprendo que si debo cancelar o volver a programar mi cita, debo hacerlo con veinticuatro (24) horas de anticipación como mínimo de la fecha programada de la cita. Si no lo hago, puede aplicarse una tarifa por cancelación de cita.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Dejo constancia de que recibí una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad (Notice of Privacy Practices) de UGNJ, en el que se describe de qué manera puede utilizarse y divulgarse mi información médica y de qué manera puedo acceder a esta información.

He leído y comprendido y acepto las condiciones descritas en los párrafos precedentes.

FIRMA

Nombre en letra de imprenta:

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Número de identificación del paciente de Practice Partner
