



Falls Church Healthcare Center
900 South Washington Street, Suite 300
Falls Church Virginia 22046

703 532-2500 FAX 703 237-1184
FCHC@fallschurchhealthcare.com

AUTHORIZACION PARA USAR SEGURO MEDICO

Autorización para revelar la información: Yo autorizo a Falls Church Healthcare Center para enviar toda o una parte de mi expediente médico a la lista de las compañías de seguros y de la agencia de revisión que lleva a cabo revisiones de prácticas de utilización en virtud de un acuerdo con la fuente de pago del paciente. También entiendo que puedo revocar esta autorización mediante notificación por escrito a Falls Church Healthcare Center (FCHC).

Medicare/Medicaid Certificación de Paciente: Yo certifico que la información que dada por mí en la solicitud de pago bajo el Título XVIII y XIX de la Ley de Seguro Social es correcta. Solicito el pago se realice directamente al proveedor de servicios en mi nombre y yo autorizo a dicho proveedor para liberar toda la información necesaria sobre el tratamiento y los servicios prestados de acuerdo con regulaciones de HIPPA como es indicada.

Asignación de Beneficios: Por la presente autorizo el pago directo a Fall Church Healthcare Center o de sus cesionarios por mi compañía de seguro(s). En el caso de un pago adicional que se haga más de otra compañía de seguro, yo entiendo el pago será enviado al pagador correspondiente.

Seguro: Falls Church Healthcare Center presentará su reclamo de seguro como en servicio a usted. A pesar de que se basan en la buena fe de su compañía de seguros pre-autorizaciones, verificaciones, certificaciones, y aprobaciones de cobertura y sus informo de co-pago, co-seguro, y el deducible de la demanda puede ser todavía ser negado por su compañía de seguros o de algunos servicios no están cubiertos. Si nuestra oficina no tiene noticias de su compañía de seguros dentro de 30 días, le pedimos su ayuda para ponerse en contacto con su compañía de seguros para resolver el retraso en el pago. Su plan de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Tenemos que hacer responsable por cualquier saldo adeudado. Si su póliza incluye una cantidad de co-seguro de que sera determinado por su compañía de seguros después del servicio. Falls Church Healthcare Center le facturará esa cantidad a usted, le pedimos su pago pronto.

Billings de Laboratorio: Sus servicios pueden incluir estudios de laboratorio requeridos por su compañía de seguros y / o como un estándar de la atención de su médico. Estos servicios no son proveídos por FCHC sino un laboratorio independiente que cuenta a su compañía de seguro separado, los deducibles, co-seguros y co-pagos, así como la negación de su compañía de seguro para los servicios de laboratorio será su responsabilidad financiera.

Pago de Servicios: Entiendo que soy financieramente responsable de todos los gastos y honorarios relacionados con los servicios recibidos a mí en el centro. Entiendo que los servicios de laboratorio proporcionados por distintos FCHC puede incurrir en cargos facturados por el laboratorio. Además, entiendo que el pago total se tiene ha pagar con la primera factura de Falls Church Healthcare Center, que puede incluir los co-pagos que no se pagado, a facturar los importes co-seguro, deducibles no remunerado y de los derechos por servicios no cubiertos o denegada por mi compañía de seguros tales como los medicamentos y la anestesia. Entiendo que puede solicitar un plan de pago a convenir. Entiendo que el 10% cargos por pagos atrasados se puede traer a los saldos pendientes de pago. Entiendo que soy financieramente responsable de los honorarios legales y gastos de cobranza de servicios relacionados con la colección de mi saldo pendiente.

Por favor traiga su tarjeta de seguro y una identificación con foto a cada visita.
Por favor completar o verificar la información del seguro en el reverso de esta pagina.

Nombre de Paciente (por favor imprima): _____

Firma _____ Fecha _____

Testigo _____ Fecha _____