



www.kernallergy.com

Tonny Tanus, MD
Eric J. Boren MD
Board Certified Adult & Pediatric

Corbertura de aseguranza:

- Como cortesía Kern Allergy mandara su cobro a su aseguranza. Sin embargo, **usted sera responsable financieramente por el pago de sus billes.**
- Es su responsabilidad saber su cobertura incluyendo pero no limitado a:
 - Copagos
 - Coseguros si pertenece
 - Deducibles
 - Autorizacionés
 - Exclusiones
 - Limitaciones
 - Provisions de polisas

Por favor consulte con su aseguranza sobre sus beneficios medicos si tiene preguntas sobre su cobertura.

- Kern Allergy intentara verificar su cobertura antes de su visita(s), sin embargo si su cobertura no esta activa el dia de su cita(s), **la responsabilidad finaciera sera de usted.**
- Kern Allergy hara todos sus esfuerzos para determinar el cobro aplicable para sus copagos, coseguros y deductibles que debera pagar antes de sus cita(s) basado en la informacion proveida por su aseguranza.
- **FINANCIERAMENTE USTED ES RESPONSABLE DE PAGAR TODOS SUS COPAGOS, COSEGUROS Y DEDUCTIBLE A LA HORA DE SERVICIO.**
- Después de que su cobertura de seguros procese sus cobros y determinan que tendra un cobro mas alto, recibira un bil en 30 dias. Si su aseguranza determina que debe meno, sera reembolsado.
- Usted es responsable de proveer su aseguranza actual ó cambios a su seguro, incluyendo elegibilidad. A lo contrario, usted sera responsable por sus cobros pendientes ó rechazados.
- Usted es responsable de proveer informacion adicional. Si sus cobros son rechazados por no proveer la informacion necesaria usted sera responsable por cobros pendientes.
- Usted es responsable de dar su seguridad correcta al momento de su cita. Si nuestro departamento de seguros encuentra que tiene otro tipo de seguridad por la cual usted nos dio será responsable por los cobros.

→

Medicare/ Medicare Suplemento

Su proveedor puede ser y no puede ser participante de su Medicare/Medicare Advantage. Sin embargo, si su proveedor si es un participante en su plan de medicare mandaremos su cobro de esta forma:

- Si tiene Medicare, cobraremos a medicare. Sin embargo usted sera responsable por cualquier cobro que medicare no cubra.
- Si tiene Medicare HMO ó PPO mandaremos su cobro a la compania de seguros. Sin embargo, usted sera responsable por cualquier copago, coseguro, deductibles y cualquier otro pago que su aseguranza no cubra ó pague.
- Si tiene un plan suplemento de Medicare mandaremos los cobros a medicare y su suplemento. Sin embargo, usted es responsable por cualquier cobro que su Medicare ó suplemento de Medicare no cubra ó pague.

Otros Cobros

- Copia de sus registros medicos (\$15 por reporte, 10¢ por paginas extras)
- Cobro por llenar cualquier otra forma
- Formas de escuela
- Cobro por cheques rebotados

Iniciales:

_____ Yo entiendo que yo soy responsable por todos mis copagos, coseguros y deductibles pendientes a la hora de mi visita y si no tengo aseguranza el completo sera requerido el dia del servicio.

_____ Yo entiendo que soy últimamente financieramente responsable por todos los cobros de los servicios recibidos. Yo e leído y entendo me responsabilida financiera.

Nombre de paciente

Firma de paciente

Fecha