



CST034

MPC Patient Label

NAME: _____ DOB: _____

FIN: _____ MRN: _____

**EXCENSIÓN DE RESPONSABILIDADES FUERA DE MEDICARE
(NON-MEDICARE WAIVER OF LIABILITY)**

Gracias por elegir al **Sistema de Salud Metodista** como su socio en el cuidado de su salud. Nos sentimos honrados por su elección y nos comprometemos a brindarle la atención de salud de la más alta calidad. La decisión referente a sus cuidados médicos se toma entre usted y su proveedor. La cobertura de esos servicios depende de su plan de seguros. Antes de tomar cualquier decisión acerca de sus cuidados médicos, por favor lea detenidamente la información sobre la(los) cobertura(beneficios) de su seguro.

Tipo de servicio: _____

Costo estimado del servicio: _____ Fecha del servicio: _____

*Este es un **estimado** de los gastos que están bajo su responsabilidad. Las facturas finales pueden diferir del **estimado**, dependiendo de su condición médica, alguna circunstancia desconocida o complicaciones, el diagnóstico final y/o el(los) tratamiento(s).

Responsabilidades del paciente:

Como paciente, es importante que comprenda las normas de los beneficios y de la cobertura de su plan de seguros, así como también su responsabilidad por cualquier monto deducible, de coaseguro o copago antes de cualquier visita. Si tiene preguntas relativas a los beneficios de su plan de seguros, contáctese con el departamento de servicio al cliente de su plan (los números telefónicos están en su tarjeta del seguro).

- Usted debe de informar acerca de cualquier cambio en la cobertura del seguro al personal del Sistema de Salud Metodista o llamar a **Servicio al cliente al 402-354-4230** para evitar cargos adicionales.
- Usted es responsable de los pagos de deducibles, coaseguros y copagos pendientes durante el período del servicio.
- Si tiene preguntas adicionales sobre su cuenta o si quiere acordar modalidades de pago, **se puede comunicar con un asesor financiero al: 402-354-4009 o al 712-396-7457.**

Reconocimiento de las responsabilidades financieras por parte del paciente:

Al firmar debajo, yo reconozco que he elegido recibir los servicios arriba descritos. Entiendo y acepto que estaré obligado a pagar por mi cuenta cualquier tratamiento médico o exámenes de diagnóstico brindados por cualquier proveedor del Sistema de Salud Metodista en caso de que mi plan de seguros se niegue a pagar ya sea el monto total o parcial. Las razones de la denegación pueden incluir: servicio no cubierto, servicio cosmético o de investigación o que se haya determinado que no cumple con los criterios de necesidad médica, como está definido en los términos de los beneficios o la cobertura de mi plan. Comprendo que este es solo un **estimado**; mi saldo real en las facturas definitivas puede diferir.

Firma del paciente o de su representante

Firma del testigo

Nombre del paciente en letra de imprenta

Nombre del testigo en letra de imprenta

Relación con el paciente

Firmado por vía electrónica

Fecha/Hora

Fecha/Hora

Hospital Patient Label

NAME: _____ DOB: _____

FIN: _____ MRN: _____

PERMANENT PART OF MEDICAL RECORD

**NONMCWAIVERSP
Rev 03/2020**