

Patient Identification Label
Name: _____
MRN: _____
DOB: _____
Date of Service: _____

EXENCIÓN DEL SEGURO DE SALUD

He solicitado los servicios y/o terapias proporcionadas por la Universidad de Colorado Escuela de Medicina. Entiendo que los beneficios no pueden ser garantizados hasta que el reclamo sea pagado. Además entiendo que puedo ser responsable por los cargos incurridos el día de hoy ***aún si elijo que la cuenta primero sea cobrada a mi seguro.***

Cargos estimados de la Universidad de Colorado Medicina:

CPT/HCPC	Descripción	Cargo Estimado
81229	Chromosomal Microarray	\$1,499.27

Esto sólo es un estimado y posiblemente no es la responsabilidad financiera completa.

Reconozco que mi seguro posiblemente no cubra los servicios indicados por la siguiente razón:

- Se cree que mi proveedor está fuera de la red con mi plan de seguro.
- El servicio(s) indicado a continuación posiblemente no está cubierto por mi plan de seguro.
- No ha sido/fue posible obtener la autorización/referido apropiada.

Estoy eligiendo la siguiente acción por mis cargos:

- Deseo que mi seguro sea cobrado primero. Entiendo que seré responsable financieramente por cualquier cargo que no sea cubierto por mi seguro.
- Elijo que estos cargos NO sean cobrados a la compañía de mi seguro. Entiendo que no se generará un reclamo por CU medicina por estos servicios. Remitiré el pago total por estos servicios el día de hoy.

Entiendo que estos servicios pueden ser cubiertos por mi seguro. Voluntariamente estoy eximiendo el beneficio de mi seguro. Entiendo que no se generará un reclamo por CU Medicina. Remitiré el pago completo por estos servicios el día de hoy.

Firma del Paciente (o padre/tutor/u otra persona autorizada si el paciente es un menor de edad, mentalmente incompetente, o físicamente imposibilitado para firmar este formulario). **Fecha** _____

Nombre en Letra Imprenta y Relación de la Persona Autorizada para Firmar por el Paciente **Fecha** _____

Razón por la Cual el Paciente no Puede Firmar _____

La Exención del Seguro Explicada por: _____
 (Nombre en letra imprenta del Representante del Hospital o de la Universidad de Colorado Medicina).

Firma del Representante del Hospital o de la Universidad de Colorado Medicina **Fecha** _____