

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Entiendo que Brooklyn Plaza Medical Center, Inc. (BPMC) puede aceptar la asignación de beneficios de seguro. Sin embargo, requerirá que garantice el pago de deducibles y/o cargos impagos con tarjeta de crédito o pague un mínimo del 50% de los cargos en su caso, al momento del servicio. Entiendo que BPMC no puede facturar a mi compañía de seguros a menos que proporcione información completa del seguro y un formulario de reclamo original. Entiendo que mi póliza de seguro es un contrato entre la compañía de seguros y yo y que BPMC no es parte de ese contrato.

Entiendo que al garantizar el pago con tarjeta de crédito estoy autorizando a BPMC a cargar en mi tarjeta de crédito saldos no pagados, cargos no aprobados y/o deducibles no pagados. Entiendo que algunos y quizás todos los servicios provistos pueden ser servicios no cubiertos y no considerados razonables y necesarios o que los cargos pueden exceder lo que se considera usual y acostumbrado bajo el Programa de Medicare y/u otro seguro médico pero que esto no me libera de la responsabilidad del pago de dichos servicios.

También entiendo que si elijo pagar en efectivo por los servicios, se me facturarán los saldos impagos y seré financieramente responsable del pago.

Entiendo y acepto esta declaración

Firma del Responsable Fecha