

Asignación de beneficios

1. Entiendo que los beneficios pagados deben ir directamente a WellStar Community Hospice y que los beneficios pagados directamente a mí o a mi familia se enviarán a WellStar Community Hospice lo antes posible.
2. Entiendo que si solicito un servicio, que no está cubierto por mi seguro, se me informará, con anticipación, que el servicio no está cubierto y que seré financieramente responsable por ese servicio.
3. Entiendo que debo obtener la aprobación previa del centro de atención para pacientes terminales para todos los tratamientos/servicios/transportes no incluidos en mi plan de atención del equipo interdisciplinario (como hospitalización, servicios agresivos, visitas a la sala de emergencias),
4. Entiendo que soy responsable de todas las facturas incurridas por servicios no aprobados o no incluidos en mi plan de atención del equipo interdisciplinario
5. Entiendo que soy responsable del pago de copagos, coseguro, deducibles y el monto total si no se identifica una fuente de reembolso o por cualquier motivo que no paguen. Esto no se aplica a pacientes con autorizaciones vigentes para un programa financiado por el estado o el gobierno federal.
6. Entiendo que **LA FACTURACIÓN DEL SEGURO ES UN SERVICIO ÚNICAMENTE Y NO UNA GARANTÍA DE PAGO.** Entiendo mi responsabilidad de proporcionar información correcta/actual sobre mi seguro, y seré responsable de cualquier cargo incurrido si la información proporcionada no es correcta o no está actualizada.

Seguro de salud

Yo, _____ opto por utilizar el beneficio de cuidados de atención para pacientes terminales según lo dispuesto por mi seguro _____
Nombre del seguro

ID #	Abonado/ Fecha de nacimiento	Empleador
<input type="checkbox"/>	Soy responsable de todos los cargos incurridos hasta que se pueda verificar la cobertura y obtener la autorización.	
<input type="checkbox"/>	Soy responsable de todos los copagos, gastos de bolsillo y deducibles que superen el máximo proporcionado por mi cobertura.	

He leído y recibido explicaciones escritas y verbales sobre mi cobertura y beneficios de cuidados de atención para pacientes terminales y acepto ser responsable de todos los cargos de cuidados de atención para pacientes terminales no cubiertos por mi seguro.

Yo elijo los servicios de atención para pacientes terminales haciéndose efectivo	_____	_____
	Fecha	Hora
Firma del beneficiario _____	_____	_____
	Hora	Fecha
<input type="radio"/> Firma del representante del beneficiario _____	_____	_____
	Hora	Fecha
Firma del representante del centro de atención para pacientes terminales _____	_____	_____
	Hora	Fecha

Pago particular (del propio bolsillo)

Yo _____ (nombre impreso) reconozco que no tengo seguro, beneficios de Medicare o Medicaid para pagar los servicios de cuidados de atención para pacientes terminales y acepto ser financieramente responsable de todos los cargos incurridos mientras recibo cuidados paliativos.

Solicito ayuda en una evaluación financiera completa y cooperaré para proporcionar toda la documentación de respaldo necesaria solicitada por el centro de atención para pacientes terminales

Yo elijo los servicios de atención para pacientes terminales haciéndose efectivo	_____	_____
	Fecha	Hora
Firma del paciente _____	_____	_____
	Hora	Fecha
<input type="radio"/> Firma del representante del paciente _____	_____	_____
	Hora	Fecha
Firma del representante del centro de atención para pacientes terminales _____	_____	_____
	Hora	Fecha