



### Formulario de consentimiento del seguro

Esta oficina hará todo lo posible para verificar su seguro; pero usted es responsable de conocer sus beneficios.

**Descargo de responsabilidad del seguro:**

“Una cotización de beneficios y / o autorización no garantiza el pago ni verifica la elegibilidad. El pago de los beneficios está sujeto a todos los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones del contrato del miembro en el momento del servicio ”.

**Cargos de laboratorio / diagnóstico:** todos los análisis de sangre se enviarán a su laboratorio participante; no somos responsables de ningún cargo incurrido o no cubierto por su seguro.

**Responsabilidad del seguro por pago:**

Su compañía de seguro médico solo pagará los servicios que considere “razonables y necesarios”. Esta oficina hará todo lo posible para que todos los servicios y procedimientos sean autorizados previamente por su compañía de seguro médico. Si su compañía de seguro médico determina que un servicio en particular no está cubierto por el plan, su aseguradora denegará el pago de esos servicios.

**Acuerdo de Beneficiario:**

Entiendo que mi compañía de seguro médico puede negar el pago de los servicios identificados anteriormente, por las razones indicadas. Si mi compañía de seguro médico niega el pago, acepto ser personal y totalmente responsable del pago. También entiendo que si mi compañía de seguro médico paga por los servicios, yo seré responsable de cualquier copago, deducible o seguro que corresponda.

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta



Florida Allergy & Asthma Associates  
5507 South Congress Avenue, Suite 140  
Atlantis, FL 33462  
561-965-6685 (P), 561-965-8525 (F)

**Insurance Consent Form**

Every effort will be made by this office to verify your insurance; but you are responsible to know your benefits.

**Insurance Disclaimer:**

“A quote of benefits and/or authorization does not guarantee payment or verify eligibility. Payment of benefits are subject to all terms, conditions, limitations, and exclusions of the member’s contract at time of service”.

**Laboratory/Diagnostic charges:** All blood work will be sent to your participating laboratory; we are not responsible for any charges that are incurred or not covered by your insurance.

**Insurance Liability for Payment:**

Your health insurance company will only pay for services that it determines to be “reasonable and necessary” Every effort will be made by this office to have all services and procedures pre authorized by your health insurance company. If your health insurance company determines that a particular service is not covered under the plan, your insurer will deny payment for those services.

**Beneficiary Agreement:**

I understand that my health insurance company may deny payment for the services identified above, for the reasons stated. If my health insurance company denies payment, I agree to be personally and fully responsible for payment. I also understand that if my health insurance company does make payment for services, I will be responsible for any co-payment, deductible, or coinsurance that applies.

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient or Person Authorized to consent for patient

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Name of Patient or Person Authorized to consent for patient