

## Formulario de exención de servicio no cubierto

Entiendo que mi seguro médico puede no cubrir la consulta, procedimiento o estudio por imágenes (radiología) realizado el día de hoy por mi proveedor médico de Prima CARE o por uno de los centros de pruebas de Prima CARE. Si el seguro no cubre el costo de mi atención, yo seré responsable de los costos que no sean cubiertos por mi seguro. Mi proveedor, o un miembro de su personal, me ha informado que mi seguro médico puede que no cubra esta consulta, procedimiento o estudio por imágenes debido a que:

- el diagnóstico para el cual se recetó este procedimiento no cumple con las guías de políticas médicas, o
- el procedimiento no se considera médicamente necesario, o
- no se han seguido las guías de valoración de tecnología médica utilizada por mi compañía de seguros, o
- no obtuve una remisión válida para esta consulta y/o este procedimiento.
- en caso de una mamografía (detección de cáncer de seno), el seguro puede no cubrir el estudio del día de hoy si la mamografía de detección se realizó recientemente (usualmente en un plazo de 1 año) en Prima CARE o en cualquier otro centro y si la mamografía fue pagada por cualquier compañía de seguros.**
- otro motivo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nombre de procedimientos o servicios:** \_\_\_\_\_

**Costo estimado:** \_\_\_\_\_

**Entiendo que soy responsable de todos los costos asociados con cualquier visita, estudio por imágenes o procedimiento realizado el día de hoy si estos costos no son cubiertos por mi seguro.**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del paciente (o representante del paciente): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_