



**CESIÓN DE BENEFICIOS**

**Responsabilidad Financiera**

Paciente de Pago Directo (Self-Pay) (Iniciales para verificar que no utilizará seguro):	Iniciales:
Seguro Primario:	ID:
Asegurado (si es diferente del paciente):	Número de Grupo:
Dirección:	Teléfono:
Seguro Secundario:	ID:
Asegurado (si es diferente del paciente):	Número de Grupo:
Dirección:	Teléfono:

Entiendo que los servicios prestados por Lone Star Cardiovascular Institute son mi responsabilidad financiera y que el proveedor facturará a mi compañía de seguros como cortesía. Autorizo a mi compañía de seguros a pagar los beneficios directamente a Lone Star Cardiovascular Institute y entiendo que soy totalmente responsable de cualquier saldo pendiente en mi cuenta. **ESTA ES UNA CESIÓN DIRECTA DE MIS DERECHOS Y BENEFICIOS BAJO MI PÓLIZA.**

Puedo estar obligado(a) a pagar mi deducible estimado y coaseguro al momento del servicio. Autorizo al proveedor a divulgar la información necesaria para tramitar el reclamo. Autorizo el pago de todos los beneficios médicos y quirúrgicos a los que tenga derecho a Lone Star Cardiovascular Institute.

Si recibo algún pago directamente de mi aseguradora, lo remitiré inmediatamente a Lone Star Cardiovascular Institute. Si no lo hago y la cuenta pasa a cobranza, seré responsable de los costos incurridos.

La información anterior es verdadera según mi leal saber y entender. Esta cesión permanecerá vigente hasta que sea revocada por escrito. Una copia de este documento tiene la misma validez que el original.

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

**Paciente:** \_\_\_\_\_

Firma del paciente o responsable

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde (Relación si no es el paciente)