



Member Acknowledgement of Financial Responsibility Patient Services

Patient Name: _____ MRN: _____
Date of Service: _____ Provider: _____
Insurance: _____ Assigned Medical Group: _____
Service, device, supply or equipment in question: _____

Dear Patient,

Your health plan will only reimburse Riverside Medical Clinic for services, devices, supplies or equipment if the patient is eligible at the time of service and the services provided are a covered benefit and are medically necessary. In addition, your policy could also have an exclusion which limits coverage related to specific services. The specifics of your benefits and coverage are outlined in the Evidence of Coverage manual sent to the subscriber at the time of enrollment.

Your health plan requires Riverside Medical Clinic to notify you when a service, device, supply or equipment may not be covered, could be deemed not medically necessary, is excluded or the patient's eligibility cannot be verified.

Your signature below acknowledges that a Riverside Medical Clinic staff member has notified you that one or more of the following may be applicable under the terms of your health plan coverage. Where applicable you will be held financially responsible to reimburse Riverside Medical Clinic for the following service(s), device, supply and/or equipment or the health plan requires a higher copayment or patient out of pocket responsibility:

- _____ Cosmetic Service
- _____ Non-Covered Service, Supply, Device or Equipment
- _____ Diagnosis (reason for visit) could be excluded or result in a higher out of pocket to the patient
- _____ A copay or higher out of pocket could be accessed.
- _____ Prior - Authorization has not been obtained, patient elected to proceed with service
- _____ Eligibility could not be verified and/or obtained at the time of service.

Riverside Medical Clinic cannot assume financial responsibility or risk for what your coverage or benefits exclude and are deemed patient responsibility.

Member or Legal Representative (please print)

Date: _____

Signature of Member or Legal Representative

Date: _____



Reconocimiento por parte del miembro de la responsabilidad financiera que le corresponde

Servicios para los Pacientes

Nombre del Paciente: : _____ Número de su Expediente Médico: _____
Fecha de Servicio: _____ Proveedor: _____
Seguro médico: _____ Grupo médico asignado: _____
Servicio, aparato, material o equipo en cuestión: _____

Estimado paciente,

Su plan de salud reembolsará a Riverside Medical Clinic por los servicios, aparatos, materiales o equipo únicamente si el paciente tiene derecho a ellos en el momento del servicio y si están cubiertos y son necesarios por razones médicas. Además, su póliza también podría tener una exclusión que limita la cobertura relacionada con ciertos servicios específicos. Los detalles específicos de sus beneficios y de su cobertura están descritos en el manual de Evidencia de Cobertura que se le envió al abonado cuando se inscribió.

Su plan de salud exige que Riverside Medical Clinic le avise cuando un servicio, aparato, material o equipo pueda no estar cubierto, o pueda no considerarse necesario por razones médicas, o esté excluido, o cuando la elegibilidad del paciente no se pueda verificar.

Su firma al pie de este formulario indica que usted reconoce que un miembro del personal de Riverside Medical Clinic le ha informado que una o más de las siguientes situaciones podrían existir, de acuerdo con los términos de la cobertura de su plan de salud. Cuando corresponda, usted será financieramente responsable de reembolsarle a Riverside Medical Clinic por los siguientes servicios, aparatos, materiales o equipo, o el plan de salud requiere un copago más alto, o el paciente es responsable de pagar por esto de su propio bolsillo:

- _____ Servicios cosméticos
- _____ Servicios, materiales, aparatos o equipo no cubiertos
- _____ El diagnóstico (o sea, el motivo de la consulta) podría estar excluido, o podría requerir un pago más alto por parte del paciente
- _____ Podría cobrarse un copago o un pago más alto
- _____ No se obtuvo una autorización previa y el paciente eligió recibir el servicio de todos modos
- _____ La elegibilidad no se pudo verificar o no se pudo obtener en el momento del servicio

Riverside Medical Clinic no asume la responsabilidad financiera ni el riesgo por las exclusiones que se describan en su cobertura o sus beneficios y que se consideren responsabilidad del paciente.

Miembro o representante legal (en letra de molde)

Fecha: _____

Firma del miembro o representante legal

Fecha: _____