



Lora Williams, MS, RD, LD
Dietitian
721 N. Locust St.
Denton, TX 76201
(940) 380.8780

AUTORIZACIÓN DE SEGURO, ASIGNACIÓN, Y ACUERDO SIN COBERTURA DEL BENEFICIARIO

(Favor de escribir su inicial para confirmar que ha leído cada una de las oraciones y firme abajo)

_____ Entiendo que la cuota de beneficios verificada por teléfono con el representante de servicio al cliente antes de mi cita no es garantía de pago a menos que se requiera por ley.

_____ Todos los beneficios están sujetos a términos, condiciones, limitaciones y exclusiones bajo la política del miembro, incluyendo el estado del paciente en la fecha actual del servicio.

_____ Todos los formularios necesarios para cobrar al seguro por los servicios profesionales prestados se completarán para agilizar los pagos de la compañía.

_____ Si el reclamo es devuelto por falta de pago, se realizarán todos los esfuerzos necesarios para resolver cualquier razón por no haber pagado, pero solamente si los servicios no son cubiertos, entiendo que soy responsable por todos los cargos de servicios profesionales prestados y recibiré una factura en caso que mi seguro no cubra los servicios de consejería nutricional, terapia de nutrición médica, o servicios de educación diabética por la dietista.

_____ Entiendo el esfuerzo que se hará para verificar los beneficios previo a mi cita. Entiendo que los servicios profesionales de una dietista para ciertos códigos de diagnósticos podrían no ser cubiertos y podría recibir una factura. De igual manera, deseo recibir los servicios.

_____ Entiendo que puedo apelar cualquier negación de pago con mi compañía de seguro.

_____ Copagos son cubiertos al momento del servicio.

Nombre del seguro _____ Cantidad de copago del especialista _____

Por la presente autorizo a Lora Williams, MS, RD, LD facturar a mi seguro por la terapia nutricional médica, consejería nutricional, o servicios de educación diabética prestados. Asigno a la dietista todos los pagos de terapia médica nutricional y educación nutricional que se hayan prestado a mi persona y a mis dependientes.

Entiendo que soy responsable por cualquier cantidad no cubierta por mi seguro debido a los requisitos del deducible no cumplidos, beneficios no cubiertos, o exclusiones de beneficios.

Autorizo a Lora Williams, MS, RD, LD a facilitar copias de mi registro médico mantenido por Full Circle Nutrition a mi portador de seguro referente a enfermedades y tratamientos si así lo solicita mi portador de seguro.

Firma _____

Fecha _____

Nombre impreso _____