

## Rehabilitation Physicians of Georgia, P.C. (RPG)

### **Aviso previo sobre la posible no cobertura de ciertos gastos por el Plan de Beneficios de Medicaid. “ABN” (por sus siglas en inglés)**

El Plan de Beneficios de Medicaid/Medicaid, o el Plan de Beneficios no cubren todos los gastos; aún e incluso algunos de los cuidados que su proveedor para la salud crea, basado en buenas razones, sean necesarios.

Si su Plan de Beneficios de Medicaid/Medicaid no paga, usted será responsable por los pagos de estos gastos.

Usted además tendrá la responsabilidad de cerciorarse de que *RPG* reciba los siguientes pagos de Medicaid o de su Plan de Beneficios de Medicaid (si corresponde). Como una cortesía el personal de *RPG* le ayudará con este proceso; pero no dejará de ser su responsabilidad el asegurarse de que se haya obtenido la siguiente información:

- El número de referencia adecuado, si es necesario, antes de su visita.
- Cualquier autorización previa para el tratamiento y/o pruebas ordenadas por su proveedor de cuidados para la salud, incluyendo pero no limitado, a pruebas de laboratorio, exámenes de drogas, MRI, CT, Rayos X, EMG/NCS, reacción o alergia a inyecciones, inyección epidural de esteroides, y/o PT, entre otros.
- Debe asegurarse de que usted no ha pasado del número autorizado de visitas incluidas en su Plan de Beneficios.

Si ha sobrepasado el número de visitas autorizadas y no se ha informado esto a las oficinas de *RPG*, y usted recibe servicios de *RPG*, usted será responsable por el pago de cualquier visita en su totalidad que exceda aquellas por las que tiene autorización.

Si tiene alguna pregunta sobre el costo de cualquier servicio que crea no será cubierto por su Plan de Beneficios de Medicaid/Medicaid, por favor solicite que se le proporcione una copia de nuestra hoja de precios a nuestra oficina, llamando al 404-659-5909; se le proporcionara una copia de inmediato. Si *RPG* proporciona y usted recibe servicios permitidos por Medicaid, pero estos no son pagados por su Plan de Beneficios de Medicaid/Medicaid, usted será personalmente responsable por el pago.

Al firmar a continuación, usted confirma que se le ha explicado esta política y que usted ha leído y comprende sus responsabilidades personales; que ha tenido tiempo suficiente para revisar esta política, y que se le han contestado todas las preguntas relativas a dicha política. Además, confirma que se le ha sido proporcionada una copia de este formulario. El original se guardará en su expediente o historial médico.

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

Nombre en letras de imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nota: este aviso da nuestra opinión y no es una decisión oficial de Medicaid. Si tiene preguntas acerca de Medicaid sírvase llamar al 866-211-0950 o póngase en contacto con un representante de su Plan de Beneficios de Medicaid.