



6345 Balboa Blvd., Suite 315
Encino, CA 91316
Teléfono las 24 horas: 818.774.3040 • Fax: 818.774.3089
www.skirballhospice.org

Elección Del Beneficio de Para Enfermedades Terminales

Acuerdos Financieros: Medicare / Medi-Cal / Seguros Comerciales

Como beneficiario de la Parte A de Medicare, Medi-Cal o de un seguro comercial, por medio del presente documento, designo a SKIRBALL HOSPICE como mi único proveedor de atención de para enfermedades terminales con vigencia a partir de (fecha) _____. Si soy beneficiario de Medicare o Medi-Cal, comprendo que al elegir el beneficio para enfermedades terminales renuncio a la cobertura general de Medicare relacionada con mi diagnóstico de atención para enfermedades terminales y acepto atención para enfermedades terminales para dicho diagnóstico.

Comprendo que mientras esté en vigor mi elección, mi compañía de seguro médico realizará pagos por la atención relacionada con este diagnóstico, y la compañía del seguro médico no reembolsará gastos de servicios relacionados con diagnósticos de centros para enfermedades terminales proporcionados por hospitales, agencias de salud en el hogar, geriátricos ni ninguna otra empresa o agencia a menos que hayan sido indicados específicamente y autorizados por SKIRBALL HOSPICE. Entiendo que los servicios no relacionados con este diagnóstico seguirán estando cubiertos por mi seguro médico junto con los beneficios para enfermedades terminales. Comprendo que si mi cobertura de atención médica no reembolsa los costos de la prestación de servicios, suministros, equipos médicos y/o medicamentos, soy yo quien deberá pagar las cantidades de coaseguro/deducible/pagos de conformidad con mi cobertura. Entiendo las explicaciones que recibí sobre mi responsabilidad financiera y el costo de los servicios si mi seguro médico no paga por los servicios prestados. Se me notificará sobre los servicios no cubiertos antes de recibirlos. Entiendo que si necesito hospitalización o servicios especiales no relacionados con mi diagnóstico de enfermedad terminal, mi representante o yo deberemos hacer los arreglos necesarios y seré responsable de pagar por tales servicios.

Acuse de Recibo

Ratifico y acepto los términos y condiciones descritas en el presente documento:

Firma del paciente

Fecha

Si el paciente no puede firmar, escriba el motivo: _____

Firma del representante legal autorizado (si corresponde)

Fecha

Nombre del representante legal (en letra de molde) (si corresponde)

Dirección del representante legal (en letra de molde) (si corresponde)

Representante de Skirball Hospice

Paciente

N.º de registro médico