



Formulario de declaración de aceptación del cliente

Entiendo que mi doctor, _____, o Amerigroup han dicho que los
Provider name
servicios o artículos que pedí el _____ no están cubiertos bajo mi
Dates of service

plan de Amerigroup. Amerigroup no pagará por estos servicios. Amerigroup ha establecido las reglas administrativas y los estándares de necesidad médica para los servicios o artículos que recibo. Tal vez tenga que pagar por ellos si Amerigroup decide que no eran necesarios por motivos médicos o no son un beneficio cubierto; y si firmo un acuerdo con mi proveedor antes de la prestación del servicios entiendo que soy responsable por el pago.

Nombre del miembro (letra de imprenta)

Fecha

Firma del miembro

Los proveedores participantes pueden enviar una factura al miembro por un servicio que haya sido denegado como no necesario por motivos médicos o no es un servicio cubierto **solo si se cumplen las condiciones siguientes:**

- El miembro solicita el servicio o artículo específico
- El miembro fue notificado por parte del proveedor de la responsabilidad financiera por anticipado al servicio
- El proveedor obtiene y conserva una declaración de aceptación por escrito firmada por el proveedor y el miembro, arriba, antes de que el servicio sea prestado

Nombre del proveedor (letra de imprenta)

Fecha

Firma del proveedor