ColumbiaDoctors

Proveedor no participante
Formulario de Consentimiento y Revelación

Este documento expone la información pertinente como lo exige la ley en relación con los proveedores no participantes que le brindan servicios a usted. Al firmar este acuerdo, usted entiende y acepta todos los estimados identificados y los costos reales indicados. Usted también reconoce la situación de la participación de los proveedores y entiende que usted puede incurrir en costos adicionales como resultado de ser tratado por estos proveedores. Si usted recibe una "factura sorpresa" (no tenía conocimiento de que su proveedor no estaba participando de su plan de salud), usted podrá presentar la factura a su plan de salud y solicitar que sea procesada como si su proveedor participara en su plan de salud.

Nombre del paciente		**IDX #**	
Fecha del servicio		**Seguro**	
	Información del proveedor	**¿Participa?**	**Costo real/estimado**
Proveedor principal			
Asistente/otro proveedor			
Información del proveedor relacionado			
Anestesiología	**Presbyterian Hospital, 5th Floor 622 West 168th Street New York, NY 10032 646-317-3150**		
Patología	**Presbyterian Hospital 15th Floor Room. 1564 622 West 168th Street New York, NY 10032 212-305-7399**		
Radiología	**622 West 168th Street New York, NY 10032 866-815-6994**		
Dermatopatología	**Vanderbilt Clinic 15th Floor, Room 207 630 West 168th Street New York, NY 10032 212-305-2155**		
Página web de ColumbiaDoctors	http://www.columbiadoctors.org/		
Página web de New York Presbyterian	http://www.nyp.org/patients/paying-for-care.html		

Firma del paciente **Fecha/hora** **Nombre en letras de imprenta** **Relación (si no es el paciente)**