

HMO/PPO OFFICE REFERRAL POLICY/STATEMENT OF RESPONSIBILITY

As a member of the _____ HMO/PPO insurance plan, you are obligated to follow their rules and regulations for obtaining referrals from your primary care physician (PCP). It is **YOUR** responsibility, **NOT** the responsibility of this office to obtain all necessary referrals and to maintain records of your referrals and the number of visits authorized on your referrals.

Please note in particular:

1. You must have a referral **BEFORE** being seen by a specialist.
2. You need to be seen in this office **BEFORE** a referral can be done to a specialist.
3. You **CANNOT** call from a specialist's office to get a referral.
4. Referrals are **NOT** mailed or faxed.
5. Referrals **CANNOT AND WILL NOT** be backdated nor dated for the same day as a specialist's appointment.
6. Except in the case of a **LIFE-THREATENING EMERGENCY** you must contact this office **BEFORE** going to an emergency room or Urgent Care Center.

Failure to comply with these rules will mean that **YOU** will be responsible for payment of these visits. Your referral will be ready for pick-up in this office five (5) business days after your request.

I, _____, acknowledge that I have read and understand the above statement and that I accept financial responsibility for any changes incurred as a result of my failure to abide by the referral policies established by my insurance company and this office.

Signature of patient or Legal Guardian: _____

Date: _____

HMO/PPO REGLAS DE REFERIDOS/DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Como miembro del seguro _____ HMO/PPO, usted está obligado por su plan a seguir las reglas establecidas por su seguro para la obtención de un referido de su médico primario **ANTES** de ser visto por otro médico. Es **SU** responsabilidad, y **NO** la de esta oficina, el obtener el referido y mantener un record de sus referidos y el número de visitas autorizadas.

Por favor, acuérdesese en particular:

1. Tiene que tener un referido **ANTES** des ser visto por un especialista.
2. Tiene que ser visto aquí en esta oficina **ANTES** de obtener un referido.
3. **NO DEBE** llamar de la oficina de un especialista para pedir un referido.
4. **NO** mandamos ni por correo ni por fax los referidos.
5. **NO SE PUEDE** poner ni fecha retrograda ni del mismo día de su visita con un especialista.
6. Ecepto en casos de **RIESGO INMINENTE PARA SU VIDA** debe llamar a esta oficina **ANTES** der ir a una Sala de Emergencia ó a un "Urgent Care Center".

El no serguir estas reglas establecidas quiere decir que **USTED** será responsable en pagar aquellas visitas. Sus referidos estarán realizados en cinco (5) días laborales después de su pedido y debe recogerlos en esta oficina.

Yo, _____, he leído y he entendido lo expresado anteriormente, y soy responsable financieramente por el pago de las cuentas adquiridas por no haber seguido las reglas establecidas por mi seguro de salud y por esta oficina.

Firma del paciente ó Guardian Legal _____

Fecha del día _____