

**BlueCare/TennCareSelect**  
**Responsabilidad financiera por el costo de los servicios**

\_\_\_\_\_  
Nombre del afiliado (en letras de molde)

\_\_\_\_\_  
Número de identificación del afiliado

\_\_\_\_\_  
Servicio(s) solicitado(s)

Yo sé que BlueCare, TennCareSelect, Medicare y el seguro de Medicaid paga por la atención médica. Sé que cuando recibo atención médica, el médico envía los cargos a mi compañía de seguro para su respectivo pago. Sé que tengo que mostrar mi tarjeta de identificación a todos los médicos y hospitales antes que yo reciba la atención médica. Sé que el copago es cuando tengo que pagar parte de la cuenta cada vez que recibo ciertos servicios de atención médica.

**Por favor escriba sus iniciales al lado de cada declaración que le corresponde a usted:**

- \_\_\_\_\_ **No tengo seguro con TennCare (BlueCare, TennCareSelect. ) No he tratado de conseguir seguro con TennCare.**
- \_\_\_\_\_ **Tengo seguro con BlueCare o con TennCareSelect. Solicité el servicio/los servicios antes mencionado(s). Entiendo que es posible que mi seguro no pague por el servicio/los servicios.**

Mi médico me ha informado cuánto tengo que pagar por el servicio/los servicios de atención médica antes mencionado. Al firmar este formulario, estoy diciendo que estoy de acuerdo en pagar por los servicios antes mencionados.

\_\_\_\_\_  
Escriba en letras de molde el nombre de la persona responsable

\_\_\_\_\_  
Firma del afiliado o la persona responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Solo para el uso de la oficina (For Office Use Only)**

Rectificación: Este formulario solo es válido cuando está firmado por el afiliado y se ha llevado a cabo una búsqueda de la elegibilidad de TennCare.

**NOTA:** No se puede usar el formulario relacionado a la responsabilidad financiera por el costo de servicios si el afiliado está recibiendo tratamiento en la sala de emergencia por servicios que no son de índole urgente. Se debe usar este formulario cuando el afiliado no tiene cobertura con TennCare o cuando los servicios no son cubiertos por BlueCare o TennCareSelect, por ejemplo una perforación corporal, equipos de ejercicio, etc.