



# ANWAN Wellness Medical Centers P.C.

Pediatrics + Internal Medicine + Preventive Medicine + Anti-Aging  
+ Gastroenterology + Geriatrics + Physical Therapy + Podiatry

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Aviso Anticipado al Beneficiario de no cobertura:

Tienes que tomar una decisión sobre la recepción de estos elementos de atención médica o servicios. El propósito de este formulario es ayudarle a tomar una decisión informada sobre si desea o no recibir estos servicios o artículos, sabiendo que usted podría tener que pagar por ellos usted mismo. Antes de tomar una decisión acerca de sus opciones, debería **leer esta notificación cuidadosamente**. Esperamos que su seguro no pague por el producto (s) o servicio (s) que se describen a continuación:

- FIA (Grupo Integral Nutricional)** \$160 tasa por servicio o \$595.00 precio al contado
- IMMUNO LAB (Food sensibilidad del ensayo)** \$160 tasa por servicio o \$595.00 precio al contado
- ZRT LABS (prueba hormonal)** 2 tubos de ensayo precio al contado; 4 de tubo de ensayo precio al contado \$300.00

El hecho de que el seguro no pague por un servicio o producto determinado no significa que usted no deba recibirlo. Puede haber una buena razón a su médico recomienda.

**POR FAVOR ELEGIR UNA OPCIÓN. MARQUE UNA CASILLA. FIRME Y FECHA.**

**Opción 1. SÍ. Quiero recibir estos servicios o artículos. Entiendo** que usted puede pedir que pagar ahora, pero también quiero que mi seguro de factura por una decisión oficial sobre el pago. Favor presentar mi reclamación a mi seguro para estos productos o servicios. Puede que tenga que pagar la factura antes de que mi seguro es tomar su decisión. Si mi seguro no paga, se me reembolsará cualquier pago hecho a usted menos co-pagos, co-seguro o deducibles. Comprendo que puedo apelar la decisión de mi aseguradora.

**Opción 2. SÍ. Quiero recibir estos servicios o artículos.** No facturar a mi seguro. Usted puede pedir que se paga ahora también soy responsable del pago. Yo no puedo apelar si no está seguro facturado.

**Opción 3. NO.** He decidido no recibir estos servicios o artículos.

\_\_\_\_\_  
El nombre del paciente Print

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o persona que actúe en nombre del paciente

### HAPEVILLE

725 North Central Avenue • Hapeville, GA 30354 • Ph: 404.761.2766 • Fax: 404.761.6523

### TUCKER

2227 Idlewood Road • Tucker, GA 30084 • Ph: 678.205.2039 • Fax: 678.205.2040

Donovan Christie, MD, MS, CPE, FAAP  
President and Medical Director

Michael Cantrell DPM   Gina Gonzalez-Johnson DO   Edward Layne MD   Jacqueline Christie FNP, APRN   Tracey Marshall FNP, APRN   Ron Galy DC

*Good Health Through Nutrition, Exercise and Stress Management.*