



Michiana Gastroenterology Inc.

17501 Generations Drive
South Bend, Indiana 46635-1589
Phone: 574-234-0049
Fax: 574-234-0053
www.michianagastro.com

Patrick J. O’Dea, MD, FACP, FACP
John G. Mathis, MD
David G. Mark, MD
Oliver D. Gilliam, MD, FACP
Michael A. Manbeck, MD
Pankaj A. Patel, MD

FORMA DE COMPROMISO VOLUNTARIO WAIVER FORM

Por la presente certifico que cumplo con los requisitos para cobertura médica bajo

_____.

Comprendo que el cuidado medico que he solicitado posiblemente **no lo** cubra mi plan de seguro de salud. Comprendo que soy responsable por el pago por estos servicios y acepto pagar al contado por todos estos servicios si mi seguro no llega a cubrirlos.

Lo siguiente aplica si la casilla está marcada:

- Soy conciente de que mi proveedor de atención médica esta fuera de la red aseguradora y esto **puede** afectar mis beneficios. Comprendo que seré responsable de pagar cualquier servicio no cubierto por mi seguro de salud debido de estar fuera de los beneficios de la red médica.

Por favor firmelo y devuélvalo para evitar que le cancelen el procedimiento.

Fecha del Procedimiento: _____

Procedimiento(s): _____

Cantidad: **ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD):** mínimo \$600
COLONOSCOPIA: mínimo \$760

Médico: ___O’Dea ___Mathis ___Mark ___Gilliam ___Manbeck ___Patel

Firma: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Fecha: _____