

Personal Injury Election Form

Do You Wish For Us to Treat Your Case as a Personal Injury Case or as a Health Insurance Case?

(¿Desea Tratar Su Caso Como Personal Injury o Como Caso de Seguro de Salud?)

I, the below-signed, have read and understood the following, and wish for your office to treat my accident case as a (select one below); *(Yo, el abajo firmado, he leído y comprendido el siguiente y el deseo de su oficina tratar mi caso de accidente como un (selecciona uno abajo))*:

_____ **Health Insurance Case.** Please file any Charges I incur at your Office primarily with my health insurance, health benefits plan, Medicare, Medicaid, or other form of group or individual health insurance ("Health Insurance Payer"). Please do not file my claim with any other Payer until you have first attempted to collect from my Health Insurance Payer. I agree that I am personally, fully, and immediately responsible for co-pays, co-insurance, deductibles, and other items for which I am responsible as agreed elsewhere. I understand, for instance, that my Health Insurance Payer may totally Deny Payment for my Charges based on the fact that I was injured in an accident and may have other coverage available such as medical payments benefits, personal injury protection, liability insurance, uninsured motorist coverage, and other forms of coverage. I understand that your Office has no obligation to await payment on such items.

(Por favor presentar Cargos incurrir en su Oficina principalmente con mi seguro médico, plan de beneficios de salud, Medicare, Medicaid o otra forma de seguro de salud de grupo o individuales ("Pagador de Seguro de Salud "). Por favor, no presentar mi reclamo con cualquier otro pagador hasta que primero ha intentado recoger de mi Pagador de Seguro de Salud. Estoy de acuerdo que estoy personalmente, completamente, y inmediatamente responsable de los copagos, coseguros, deducibles y otros elementos de los que soy responsable según lo acordado en otros lugares. Entiendo, por ejemplo, que mi Pagador de Seguro de Salud puede negar totalmente el pago de mis Cargos sobre la base de que fui herido en un accidente automovilístico y puedo tener otra cobertura disponible, tales como los beneficios de pagos médicos, protección contra lesiones personales, el seguro de responsabilidad civil, cobertura de conductores no asegurados, o otras formas de cobertura. Entiendo que su Oficina no tiene la obligación de esperar el pago de dichos elementos.

_____ **Personal Injury Case.** Please file any Charges I incur at your Office with all Payers with whom I have established claim numbers ("Established Means of Payment") or otherwise directed in writing. I understand that in choosing to treat my case as a personal injury matter, your Office will agree to delay in collecting co-pays, co-insurance, deductibles, and any Charges which the Payer Denies Payment until other Established Means of Payment have been reasonably attempted, or 1 year has elapse from the date of my (the patient's) signature, whichever occurs sooner. In electing to treat my case as a personal injury matter, I am authorizing and directing your Office to collect up to the highest of the fee schedule amounts allowed by any one Payer as discussed in your Financial Policy and that your agreement to delay collecting the patient-portion due as discussed above serves as additional consideration for this direction.

(Por favor presentar cargos incurrir en su oficina con todos los contribuyentes con quienes he establecido número de reclamo ("establecido medios de pago") o indique lo contrario por escrito. Entiendo que a la hora de elegir de tratar mi caso como Personal Injury, su Oficina estará de acuerdo con retraso en la colección de copagos, coseguro, deducibles y cualquier cargo que el contribuyente niega pago hasta que otros medios de pago establecidos se han intentado razonablemente, o un año ha transcurrido desde la fecha de mi (la firma del paciente) firma, lo que ocurra antes. En el decidir tratar mi caso como, Personales Injury, estoy autorizando y dirigir su oficina para recoger hasta el más alto de la lista de tarifas cantidades permitidas por cualquier Pagador como se expone en su Póliza Financiera y de que su acuerdo para retrasar la recogida de la parte del paciente debida como se ha comentado por parte anterior sirve como consideración adicional de esta dirección.

I have read and understood the above information and agree to its terms. *(He leído y he entendido la susodicha información y estoy de acuerdo con sus términos.)*

Print Patient Name (Imprima el Nombre del Paciente)

Print Attorney Name (Imprima el nombre del Abogado)

Patient Signature (Firma del Paciente)

Attorney Signature, if applicable (Firma del Abogado)

_____/_____/_____
Date (Fecha)

_____/_____/_____
Date (Fecha)