

Place PAL Label Here

**CHATTANOOGA-HAMILTON COUNTY  
HEALTH DEPARTMENT**

**PATIENT FINANCIAL RESPONSIBILITY STATEMENT**

The Chattanooga-Hamilton County Health Department is able to bill certain insurance plans for some services.

\_\_\_\_\_ (Initial here) If you are not insured, carry insurance that we are not able to file, or if the services being provided are not covered by your insurance, you will be expected to provide payment in full for services at the time they are provided. \*

- If your insurance covers all or part of the services provided, the Health Department will submit a claim to your health plan for covered services.
- Please note, your health plan may deny payment of a claim for one of the following reasons:
  - You have not met your full calendar year deductible
  - The service is not covered by your plan
  - Your coverage was not in effect at the time of service
  - You have already received this service within a specified time frame
  - You have other health insurance which must be filed first

The Health Department is pleased to be of service in filing your medical insurance when we can. However, we are not responsible for any limitation in coverage that may be included in your plan.

\_\_\_\_\_ (Initial here) If you are uninsured or if your health plan denies payment for any of the above or other reasons, it is your responsibility to pay for services that have been rendered. If your health plan denies all or part of your claim, you will receive a bill in the mail.

\* Does not apply to patients who are actively covered under TennCare, however, we want you to know this information should your health insurance status change.

\_\_\_\_\_

I have read and understand my obligations and I acknowledge that I am fully responsible for payment of any services not covered or approved by my insurance plan.

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient/Responsible Party

\_\_\_\_\_  
Printed name of Signer

\_\_\_\_\_  
Date

Place PAL Label Here

**EL DEPARTAMENTO DE SALUD  
DE CHATTANOOGA  
EN EL CONDADO DE HAMILTON**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE**

El Departamento de Salud de Chattanooga en el Condado de Hamilton tiene la habilidad de cobrarle a ciertos planes de seguro médico por algunos servicios.

\_\_\_\_\_ (Escriba sus iniciales). Si usted no tiene seguro médico, o tiene un seguro médico al cual no podamos mandar las facturas de cobro, o si los servicios que usted necesita no están cubiertos por su plan de salud, se espera entonces que usted proporcione el pago total por los servicios prestados en el momento en que se brinden. \*

- Si su seguro médico cubre todo o parte de los servicios prestados, el Departamento de Salud presentará un reclamo a su plan de salud para cubrir todos o parte de los gastos.
- Por favor tenga en cuenta que su seguro médico puede rechazar el pago de un reclamo por una de las siguientes razones:
  - Usted no ha cumplido con su deducible completo del año.
  - El servicio prestado no está cubierto por su plan de salud.
  - La cobertura de su seguro médico no estaba en vigencia cuando recibió los servicios.
  - Usted ya ha recibido este servicio dentro de un plazo determinado.
  - Usted tiene otro seguro médico al cual se le deben presentar los reclamos primero.

El Departamento de Salud no tiene ningún inconveniente en presentar los reclamos de cobro a su seguro médico. Sin embargo, no somos responsables por cualquier limitación en la cobertura de su plan de salud.

\_\_\_\_\_ (Escriba sus iniciales). Si usted no tiene seguro o si su plan de salud niega el pago de los servicios por alguna razón, incluyendo las antes mencionadas, es su responsabilidad pagar por todos los servicios recibidos. Si su plan de salud niega toda o parte de su solicitud, usted recibirá una factura por el correo.

**\*No se aplica a los pacientes que están cubiertos activamente bajo TennCare; sin embargo necesitamos que sepa esta información en caso de que su estado de seguro de salud cambie.**

He leído lo anterior; entiendo mis obligaciones y acepto que soy totalmente responsable del pago por cualquier servicio que no sea cubierto o aprobado por mi plan de salud.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o de la persona responsable

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona que firmó

\_\_\_\_\_  
Fecha