

## POLIZA FINANCIERA

**Nuestro** objetivo en Alice Pediatric Clinic (APC) es brindarle atención médica de calidad y estamos a su disposición si desea información sobre nuestros honorarios. Es importante para nuestra relación profesional el que usted entienda claramente nuestra política financiera. Si tiene alguna pregunta sobre nuestros honorarios, nuestra política financiera o su responsabilidad, no dude en solicitar información.

**PARA** que podamos establecer su cuenta con APC:

- Entregue toda la información que sea necesaria para la facturación correcta de su reclamo, incluyendo su tarjeta de seguro médico, los datos de su empleador y la información demográfica.
- Efectúe todos los pagos colaterales, deducibles y servicios no cubiertos por su seguro médico el día en que se presten los servicios.
- Entregue a su compañía aseguradora y a APC toda información adicional que se le solicite, a fin de tramitar los reclamos presentados en su nombre.
- Autorice la entrega de la información que sea necesaria para el reclamo y la precertificación (firme al pie de esta hoja).

### MENORES NO ACOMPAÑADOS

Los menores deberán contar con una autorización para recibir tratamiento médico firmada por uno de sus padres o por su tutor, y deberán suministrar los datos de un seguro médico vigente que los cubra o realizar el pago que corresponda al momento de recibir los servicios.

### EN RELACIÓN CON DIVORCIO

APC no se involucra en conflictos entre padres divorciados con respecto a la responsabilidad financiera de los costos médicos de su niño. Firmando como garante abajo, estoy de acuerdo de ser financieramente responsable del cuidado que proporcionamos a su niño, sin importar si un decreto del divorcio u otros lugares del arreglo esa obligación en su ex-esposo/esposa.

### SOBRE EL SEGURO MEDICO

Planes de seguro de indemnización y honorarios por servicio: Exigimos el pago del total adeudado al momento de prestarse el servicio. Se le entregará una copia de su estado de cuenta detallado para que pueda usted solicitar el reembolso de su compañía aseguradora. Si la compañía necesita una descripción más detallada de los servicios prestados, infórmele que debe solicitarla por escrito.

El seguro es un contrato entre usted y su compañía aseguradora. Nosotros no somos parte de ese contrato. Con excepción de la entrega de datos concretos cuando sea necesario, no tomaremos parte en disputa alguna que se suscite entre usted y su compañía aseguradora con respecto a deducibles, cargos no cubiertos, el seguro colateral un seguro secundario, la coordinación de beneficios, las enfermedades preexistentes o la determinación de si un cargo es <<razonable y acostumbrado>>. Usted es responsable del pago de su cuenta a su vencimiento.

**Yo tengo \_\_\_\_\_ no tengo \_\_\_\_\_ Medicaid (Por Favor Inicial La Respuesta)**

### PLANES DE ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA (HMO, PPO, POS y EPO)

Cada vez que solicite una cita con un médico de APC, es responsabilidad suya determinar si éste participa actualmente en su plan. Se exige la verificación de su cobertura y beneficios. Para ello, a menudo es necesario que informemos a su plan de atención médica administrada el motivo de su visita. Recuerde que deberá mostrar una tarjeta vigente de seguro médico en cada visita.

Si se le remite a un especialista o usted decide que necesita consultar a uno, es posible que su plan de seguro exija una autorización de su médico de atención primaria. Es responsabilidad de usted tener en cuenta las fechas de vencimiento y notificar al consultorio de su médico, con un mínimo de 48 horas de anticipación, antes de consultar a un especialista. Es posible que ningún plan de asistencia médica administrada acepte autorizaciones retroactivas. Por lo tanto, si no obtiene la autorización correspondiente, es posible que usted sea responsable del pago del total adeudado al consultorio del especialista.

- He leído y entiendo los términos y condiciones arriba mencionadas y mi firma así lo confirma.
- Cesión: Por el presente autorizo el pago directamente a APC o a mi médico. Todo cambio a esta autorización deberá recibirse por escrito dentro de los 30 días siguientes a la fecha de puesta en vigor.
- En el acontecimiento mi compañía de seguros juzga un servicio para ser "no cubierto" yo entiendo que soy personalmente responsable del pago.
- Autorizo la entrega de toda información médica, incluyendo los resultados de análisis de VIH y la información financiera que sea necesaria para tramitar este reclamo y todo reclamo futuro, a mi compañía aseguradora o a la parte responsable del pago de beneficios médicos que yo designe oportunamente, por un plazo indeterminado o hasta que yo presente una revocación escrita de la presente autorización. Todo cambio a la presente autorización deberá recibirse por escrito dentro de los 30 días siguientes a la fecha de puesta en vigor.

**Firma del garante:** \_\_\_\_\_ **Fecha firmado:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento del garante:** \_\_\_\_\_

**Nombre en letra de molde:** \_\_\_\_\_ **Parentesco al Paciente:** \_\_\_\_\_

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_