

POLÍTICA DE RESPONSABILIDAD ECONÓMICA Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO MÉDICO



Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Por favor, enumere los tipos de cobertura de seguro médico que tiene y dele las tarjetas del seguro médico al recepcionista.

	Principal	Secundaria
Aseguradora		
Nombre del asegurado		
Fecha de nacimiento		
N.º de identificación seguro social		
N.º de póliza o de identificación		
N.º de grupo		
Parentesco con el paciente	<input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Papá <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Tutor legal	

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE DATOS

- Por la presente autorizo el pago directamente a *Valley Children's Medical Group* de cualquier beneficio médico o quirúrgico pagadero a mí de acuerdo a las condiciones de mi póliza por los servicios prestados.
- Por la presente doy consentimiento para la divulgación de los datos económicos y sanitarios del paciente anteriormente mencionado con relación a la atención sanitaria, el tratamiento y los cobros con el propósito de tramitar todas las solicitudes para prestaciones del seguro médico.

POLÍTICA DE RESPONSABILIDAD ECONÓMICA

1. Cada paciente es responsable de su propia cuenta de cobro. El copago debe pagarse en el momento del servicio.
2. Como cortesía, la oficina enviará la solicitud de prestaciones a su aseguradora. El asegurado es responsable de proporcionar la información actualizada sobre cualquier cambio de aseguradora.
3. El paciente es responsable de dar seguimiento con la aseguradora por pago moroso o impago relacionado directamente con la solicitud. Gustosamente le ayudaremos con cualquier problema de la recaudación de pagos. No obstante, tome en cuenta que el paciente es totalmente responsable del pago.
4. Se cobrarán las siguientes tarifas:
 - \$15.00 de recargo por cada cheque devuelto por fondos insuficientes
 - \$20.00 de recargo por NO PRESENTARSE A SU CITA si no cancela por lo menos con 24 horas de antelación.
 - \$25.00 por rellenar la solicitud de Ausencia familiar y médica (FMLA por sus siglas en inglés) o cualquier otro formulario.
 - \$25.00 por preparar la historia clínica
5. Los pagos a plazo deben consistir de una mensualidad mínima de \$25 y saldarse en el plazo de un año. La cuenta pasa a ser morosa después de 60 días de inactividad y se enviará a una agencia de cobranzas después de 90 días.
6. Los pacientes recibirán una cuenta de cobro mensual solo si hay un saldo pendiente. Las cuentas que no hayan sido saldadas por el seguro médico pasarán a ser responsabilidad del paciente y usted recibirá el cobro. Se espera que todos los saldos adeudados por el paciente se salden en un plazo de 30 días del recibo del cobro.
7. Para los pacientes que participan en un seguro médico escalonado (*Managed Care Plan*) usted tiene la responsabilidad de informarle al médico en cada consulta sobre las restricciones con respecto a las remisiones para servicio fuera de nuestras instalaciones. No se considerará a *Valley Children's Primary Care Group* responsable de los gastos incurridos por los servicios de cualquier remisión.
8. Si en cualquier momento no le es posible cumplir con las políticas descritas anteriormente, deberá hacer arreglos con anticipación. Las solicitudes para otros métodos de pago se considerarán de forma individual. Se hará todo lo posible por llegar a un común acuerdo.

El abajo firmante reconoce y acepta que él o ella es la persona económicamente responsable a *Valley Children's Medical Group* por los servicios prestados. En caso de que se tomen medidas por parte de una agencia de cobranzas, el abajo firmante acepta y reconoce que él o ella será responsable de cualquier gasto legal incurrido. He leído la política expuesta en este documento y acepto cumplir con sus normas.

Firma del padre, la madre o la parte responsable

Nombre en letra de imprenta

Fecha