

POLIZA FINANCIERA

Nuestro objetivo en Texas Children's Pediatrics (TCP) 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 TCP:

- 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 TCP toda información adicional que se le solicite, a fin de tramitar los reclamos presentados en su nombre.

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

TCP 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, infómele 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.

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

Cada vez que solicite una cita con un médico de TCP, 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.

- Como un servicio a nuestros pacientes, Texas Children's ---o terceros con quienes Texas Children's tiene contratos, Brindan llamadas de cortesía para recordarle sobre citas médicas/mensajes de texto y posiblemente otras llamadas relacionadas a obligaciones financieras y/o notificaciones relacionadas al cuidado de la salud, tales como recordatorios sobre citas para el bienestar de la salud (well-check) y vacunación. Tales llamadas o mensajes de texto pueden llevarse a cabo por medio de un sistema de mensajes pregrabado automatizado, vinculado al número telefónico provisto a Texas Children's. Estos mensajes son un servicio gratuito de parte de Texas Children's, pero su compañía telefónica podría aplicar ciertas tarifas por mensajes y datos. Esta opción de consentimiento, no es requerida para recibir servicios en Texas Children's. Sus iniciales confirman su autorización para recibir dichas llamadas/mensajes de texto, al número telefónico que usted nos ha proporcionado. _____
- He leído y entiendo que soy personalmente responsable del pago a esta cuenta.
- En el acontecimiento mi compañía de seguros juzga un servicio para ser "no cubierto" yo entiendo que soy personalmente responsable del pago.
- **Medicaid:** Hacer _____ o no _____ actualmente tengo seguro de Medicaid
- **Cesión:** Por el presente autorizo el pago directamente a TCP 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.
- Entiendo que esta práctica tiene un honorario de \$25 dólares si la cita no se cancela con 24 horas de aviso. Soy responsable en pagar el \$25 dólares si no cancelo una cita a tiempo.
- 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.
- Es de mi conocimiento y autorizo a la participación de los médicos de TCP en los programas de ahorro compartidos en una o más pólizas de administración de atención médica. Los programas de ahorro compartidos han sido diseñados con el fin de incitar a su médico, a continuar brindando atención médica de alta calidad, al mismo tiempo que gastan los dólares para atención a la salud de manera inteligente. Por ejemplo recetar medicinas genéricas que sean terapéuticamente equivalentes, cuando estas estén disponibles. Información relacionada a cualquier programa activo, se encuentra disponible a solicitud.

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:** _____