

### Póliza Sobre el Pago de Servicios

Gracias por haber escogido a Providence Medical Partners para el mantenimiento de su salud. Estamos cometidos a proveer servicios de gran excelencia a usted, nuestro paciente. Como parte de nuestra relación profesional, es importante que usted tenga una comprensión sobre nuestra póliza sobre el pago de servicios.

**Todos nuestros pacientes deben leer y firmar este formulario antes de recibir servicios.**

- **Es su responsabilidad proveernos con la información más reciente sobre su póliza de seguros.**

  - ▶ Si usted falla en proporcionarnos la información precisa sobre su póliza de seguro médico en buen tiempo, su compañía de seguro podría rechazar su reclamo de beneficios. Si su reclamo es rechazado, usted se hace responsable por el costo de los servicios que le hemos proporcionado.
  - ▶ Debemos enfatizar que nosotros, como los que le proporcionan servicios médicos, somos los que tenemos la relación con usted, el paciente, y que la relación no es con su compañía de seguros. Su póliza de seguros es un contrato entre usted, su compañía de seguros, y posiblemente su empleador. Es su responsabilidad saber y comprender el nivel de servicios médicos que sí o no tienen cobertura bajo su póliza de seguros.
  - ▶ Si usted o el paciente esta cubierto bajo **Medicaid** (de cualquier tipo), es su responsabilidad notificarnos antes de su consulta. Esto es parte de el acuerdo que usted tiene con Medicaid, y si no nos notifica que usted o el paciente esta cubierto bajo Medicaid, usted se hara responsable por todos los cargos asociados con la consulta.
  - ▶ Nosotros podemos aceptar su póliza de seguros después de verificar que usted tiene beneficios bajo la póliza. Es posible que algunos o todos los servicios no sean cubiertos por su póliza. **En tal caso, usted será responsable por el costo de todos los servicios que no tengan cobertura bajo su póliza.**
  - ▶ Antes de recibir servicios médicos, usted debe verificar que nosotros aceptamos su póliza de seguros. También es necesario que usted haya designado con su compañía de seguros a su doctor primario como su doctor principal (si esto es requerido por su compañía de seguros). En el evento que nuestros médicos no participen en su plan de seguros, nosotros mandaremos el reclamo inicial solamente como una cortesía, pero los servicios tendrán que ser pagados el mismo día de su visita a nuestra clínica.
  - ▶ Por nuestros servicios, nosotros cobramos lo que se acostumbra en nuestra región y localmente. Usted es responsable por el pago completo de la cuenta, a pesar de lo que cubra o no cubra su compañía de seguros o a pesar de la cantidad que su compañía de seguros determine como el costo usual del los servicios.
  - ▶ Los co-pagos, pagos bajo otra póliza de seguros, y deducibles se deberán pagar al mismo tiempo de su visita a nuestra clínica. Nosotros estimáremos la cantidad que nos debe, basandonos el la información que recibimos de su compañía de seguros. Pero, usted es responsable por pagar toda la cantidad determinada por su compañía de seguros, después que hayan pagado su reclamo – aunque esa cantidad sea más de lo que estimamos al principio.
- **Es su responsabilidad proveernos con la información más reciente tocante a su domicilio y otra información necesaria para cobrarle por los servicios médicos.**

  - ▶ Usted deberá proveer su más reciente domicilio, todos sus números de teléfono y otra información necesaria para comunicarnos con usted sobre su cuenta. Si hay cambios con esa información, es su responsabilidad de comunicarse con nosotros sobre ese cambio de información.
  - ▶ Nosotros le mandaremos información sobre su cuenta (al domicilio que usted nos indique) para notificarlo sobre cualquier balance que usted deba. Si tiene cualquier pregunta, o no esta de acuerdo con lo que le estamos cobrando o con su balance, es su responsabilidad hablarnos a nuestras oficinas en menos de 30 días después de la fecha de haber recibido su copia inicial de la cuenta. Usted puede hablar al **(817)514-5200** o **1-800-555-1429**.
  - ▶ **El saldo pendiente (su balance) se tendrá que pagar por completo al recibir la cuenta.** Los saldos pendientes que no sean pagados por completo durante los 30 días de la fecha marcada en la cuenta se consideran como deudas delincuentes. **Las cuentas consideradas delincuentes serán sujetas a un cargo mensual de \$5 y podrían ser referidas a una agencia de colecciones o a un abogado como parte de nuestros esfuerzos de recibir pago.** Usted será responsable por todos los costos asociados, incluyendo los cargos de abogados y de la corte si son necesarios y aplicables.
  - ▶ Si usted es incapaz de pagar su saldo pendiente por completo, deberá llamar a nuestra oficina de negocios para entrar en un acuerdo de pagos. Cualquier cargo adicional será incluido en este acuerdo mutuo. Si usted falla en hacer sus pagos, su cuenta será referida a una agencia de colecciones y / o a un abogado. Usted será responsable por todos los costos asociados, incluyendo los cargos de abogados y de la corte si son necesarios y aplicables.
  - ▶ Si referimos su cuenta a una agencia de colecciones, usted será notificado por correo certificado y no podrá recibir servicios de nuestros médicos o de nuestra clínica, Providence Medical Partners. Si no acepta nuestra carta certificada (o no recoge la carta en la oficina de correo) afirma que le hemos notificado de la terminación de servicios.
  - ▶ En el evento que usted nos pague con un cheque que sea devuelto por el banco por cualquier razón, le agregaremos \$25.00 a su cuenta. En adición, nosotros podríamos tomar todos nuestros derechos bajo las leyes del estado de Texas.
  - ▶ Podemos cobrarle un honorario por no llegar a su consulta o por cancelar (o por hablar para cambiar la fecha) sin darnos el mínimo de 24 horas de aviso.
  - ▶ Podemos cancelar o cambiar la fecha de su consulta si su cuenta esta delinciente.
  - ▶ Podemos cobrarle un honorario por no llegar a su consulta o por cancelar (o por hablar para cambiar la fecha) sin darnos el mínimo de 24 horas de aviso.

Su pago completo se requiere a la hora de servicio. Aceptamos pago en efectivo, tarjetas de crédito y cheques personales. Su firma en este documento confirma que ha leído y entendido la información contenida en esta póliza.

Firma de la persona que se hace responsable por la cuenta

Fecha

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Paciente: \_\_\_\_\_  
 EPM Medical Record Number: \_\_\_\_\_