

 <p><b>Política financiera</b></p>	<b>Nombre del paciente</b>		
	F. DE NAC.:	Sexo:	SSN:
	NRM:	CSN:	
	Fecha de visita:		

**Política Financiera**  
**Maryland Primary Care Physicians, LLC**

Gracias por elegir a **Maryland Primary Care Physicians, LLC** ("MPCP") como su proveedor de atención médica. Nos damos cuenta de que el costo de la atención médica es una inquietud para nuestros pacientes y estamos disponibles para discutir nuestras tarifas profesionales con usted en cualquier momento. Su comprensión clara de nuestra política financiera es importante para nuestra relación. Lo que sigue es una declaración de nuestra Política Financiera, que usted debe leer, aceptar y firmar antes del tratamiento. Revise cuidadosamente la siguiente información y pregunte si tiene alguna pregunta acerca de nuestras tarifas, políticas o sus responsabilidades.

**Proporcionar información precisa:** Usted tiene la responsabilidad de proporcionar información precisa y completa sobre su historial de salud, dirección postal, seguro médico y otra información de facturación. Si cualquier información cambia: nombre, dirección, teléfono, cobertura de seguro, etc., usted debe informarla inmediatamente. Las negaciones del seguro o los errores de facturación debidos a la información proporcionada por el paciente resultarán en la transferencia inmediata del saldo de la cuenta a la responsabilidad financiera inmediata del paciente.

**Conozca su cobertura y beneficios de seguros:** Su cobertura de seguro médico es un contrato entre usted y su compañía de seguro médico. Los pacientes son responsables de entender su(s) cobertura(s) de seguro(s) de salud y sus beneficios. Puede haber limitaciones y exclusiones a la cobertura. Usted es responsable de cualquier cargo no cubierto por su plan.

**Cuentas de seguros:** Le pedimos que presente su tarjeta de seguro en **cada visita**. Si usted no nos proporciona la información correcta del seguro en cada visita, debe firmar una exención y usted puede ser responsable del pago de todos los servicios proporcionados.

- Los copagos se vencen en el momento del servicio, ya que es un requisito que su compañía de seguros le ha asignado. Ayúdenos pagando su copago en cada visita.
- Si su compañía de seguros le exige que elija un médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés), uno de nuestros médicos debe ser el PCP que aparece en su tarjeta de seguro.
- Presentaremos solicitudes a las compañías de seguros con las que tenemos contratos, siempre que autorice la asignación de beneficios para el pago directamente a nuestra práctica. Para los planes en los que participamos, la práctica aceptará pagos basados en acuerdos contractuales. Usted acepta pagar cualquier parte de los cargos no cubiertos por el seguro.
- Para los planes de seguro con los que no tenemos contrato, presentaremos solicitudes de cortesía, siempre que autorice la asignación de beneficios para el pago directamente a nuestra práctica. Si su seguro no paga dentro de los 60 días, usted será responsable de pagar el saldo de cargos impagos y el seguimiento con su seguro directamente.

**Pagos por cuenta propia:** Los pagos por cuenta propia son los pacientes que no tienen cobertura de seguro o que no pueden proporcionarnos información de seguro válida. Si un paciente es capaz de proporcionar información válida del seguro **dentro de los 30 días de la fecha original de servicio**, se le reclamará a la compañía de seguros. Si la compañía de seguros emite el pago por los servicios prestados al paciente se le emitirá un reembolso basado en el pago del seguro. *Los pacientes que pagan por cuenta propia son responsables de pagar el 100 % de los cargos en el momento en que se prestan los servicios.*

**Compensación al trabajador y accidente de vehículos motorizados:** En el caso de una lesión de compensación del trabajador, accidente de vehículo de motor o responsabilidad de terceros, usted debe obtener el número de reclamo, número de teléfono, persona de contacto y el nombre y dirección de la compañía de seguros **ANTES** de su visita. Sino se suministra la información de la compensación del trabajador, accidente de vehículo de motor u otra información de responsabilidad de terceros **dentro de los 30 días de la fecha del servicio**, puede resultar en el no pago del saldo y que la responsabilidad se transfiera al paciente. *El pago de cualquier servicio que proporcionemos será en última instancia su responsabilidad si no es pagado rápidamente por un tercero.*

**Estados de cuenta:** Se le enviará un estado de cuenta una vez que el saldo se convierta en responsabilidad del paciente y a partir de ese momento, continuará cada 30 días. A menos que usted notifique a nuestra oficina dentro de los 30 días de recibir su estado de cuenta que usted disputa la validez del saldo o cualquier parte de este, asumiremos que el saldo es correcto y válido.

**Cobro de saldos pendientes:** Todos los saldos pendientes se vencen dentro de 14 días a menos que se hayan hecho arreglos de pago mensual por escrito. Los saldos que permanecen pendientes después de 90 días o más pueden ser referidos a una agencia/abogado externo de cobranzas y pueden resultar en la finalización de la atención médica por parte de MPCP. Si remitimos su cuenta a una agencia/abogado externo de cobranzas, usted puede ser responsable de pagar los cargos de esa agencia/abogado de cobranzas.

**Tipos de pagos:** Nuestra práctica acepta tarjetas de débito, Visa, Mastercard, American Express y Discover. También aceptamos efectivo, cheque o giros postales. Si su cheque es rechazado (devuelto por fondos insuficientes) se le pedirá que pague una tarifa adicional de \$35,00.

**Citas perdidas:** Es importante que se presente en todas las citas programadas. A modo de cortesía, normalmente (pero no es necesario) llamamos para confirmar su cita un día o dos antes de la visita programada, si no podemos hablar con usted por cualquier razón, intentamos dejar un mensaje recordatorio en un contestador automático o correo de voz. Si no se presenta a la cita programada

o no la cancela **por lo menos 24 horas antes de la visita** puede resultar en una tarifa de cita perdida. Esta política tiene como objetivo minimizar el tiempo de espera y asegurar la disponibilidad de atención médica para todos nuestros pacientes. Reconocemos el hecho de que puede haber circunstancias que no le permitan dar 24 horas de aviso previo, pero tales ocurrencias son excepcionalmente raras y serán consideradas caso por caso.

**Tratamiento de menores:** El padre(s) o tutor(es) legal(es) es responsable del pago completo y recibirá los estados de cuenta. Se requerirá una autorización firmada para tratar a menores no acompañados.

**Cargos varios:** Ciertos servicios (por ejemplo, conferencias familiares, completar formularios, elaboración de informes, cartas personales, etc.) pueden implicar honorarios adicionales no cubiertos por el seguro. Se espera el pago completo en el momento en que se prestan esos servicios.

*Independientemente de cualquier arreglo personal que un paciente pueda tener fuera de nuestra oficina, si usted es mayor de 18 años y recibe tratamiento, usted es en última instancia el responsable del pago*

Nombre en imprenta:

Firma:

*Debe ser firmado por el padre o tutor legal si el paciente es menor de 18 años.*

Ver 1.0\_130401