

## Política financiera

### Maryland Primary Care Physicians, LLC

Gracias por elegir **Maryland Primary Care Physicians, LLC** (“MPCP”) como su proveedor de asistencia sanitaria. Somos conscientes de que el coste de la asistencia sanitaria es una preocupación para nuestros pacientes, y estamos a su disposición para hablar de nuestros honorarios profesionales con usted en cualquier momento. Su clara comprensión de nuestra política financiera es importante para nuestra relación. La siguiente es una declaración de nuestra Política Financiera, que usted debe leer, aceptar y firmar antes del tratamiento. Revise detenidamente la siguiente información y pregunte si tiene alguna duda sobre nuestros honorarios, nuestra política o sus responsabilidades.

**Información veraz:** Usted tiene la responsabilidad de proporcionar información precisa y completa sobre su historial médico, dirección postal, seguro médico y otros datos de facturación. Usted debe informar a esta oficina inmediatamente si cualquier información cambia, como nombre, dirección, teléfono, cobertura de seguro, etc. Las denegaciones del seguro o los errores de facturación debidos a la información proporcionada por el paciente darán lugar a la transferencia inmediata del saldo de la cuenta a la responsabilidad financiera inmediata del paciente.

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

**Cuentas de seguros:** Le pedimos que usted presente su tarjeta de seguro en **cada visita**. Si no nos facilita los datos correctos de su seguro en cada visita, deberá firmar una exención de responsabilidad y deberá abonar todos los servicios prestados.

- Los co-pagos deben abonarse en el momento de recibir el servicio, ya que es un requisito que le impone su compañía de seguros. Por favor, ayúdenos mediante el pago de su co-pago en cada visita.
- Si su compañía de seguros requiere que usted 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 las reclamaciones a las compañías de seguros con las que tenemos contrato, siempre que usted autorice la “asignación de beneficios” para el pago directamente a nuestra consulta. Para los planes en los que participamos, la práctica aceptará el pago basado 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 reclamaciones como cortesía, siempre que usted autorice la cesión de beneficios para el pago directo a nuestro consultorio. Si su seguro no paga en un plazo de 60 días, usted será responsable de pagar el saldo pendiente y de dar seguimiento directamente a su seguro.

**Cuentas de auto-pago:** Las cuentas de autopago son para pacientes sin seguro médico o que no pueden proporcionarnos información válida sobre su seguro. Si un paciente proporciona información válida sobre su seguro **dentro de los 30 días posteriores a la fecha original del servicio**, se presentará una reclamación a la aseguradora. Si la aseguradora emite el pago por los servicios prestados, el paciente recibirá un reembolso basado en el pago del seguro. **Los pacientes de auto-pago son responsables de pagar el 100% de los cargos al momento de la prestación de los servicios.**

**Compensación laboral y accidentes automovilísticos:** En caso de lesión por compensación laboral, accidente automovilístico u otra responsabilidad civil, debe obtener el número de reclamo, el número de teléfono, la persona de contacto, el nombre y la dirección de la aseguradora **ANTES** de su visita. Si no proporciona la información sobre compensación laboral, accidente automovilístico u otra responsabilidad civil **dentro de los 30 días posteriores a la fecha del servicio**, cualquier saldo pendiente podría ser transferido a la responsabilidad del paciente. **El pago de cualquier servicio que prestemos será, en última instancia, su responsabilidad si un tercero no lo paga puntualmente.**

**Estados de cuenta:** Se le enviará un estado de cuenta una vez que el saldo pase a ser responsabilidad del paciente y se continuará enviando cada 30 días a partir de entonces. A menos que notifique a nuestra oficina dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su estado de cuenta que disputa la validez del saldo o de cualquier parte del mismo, asumiremos que el saldo es correcto y válido.

**Cobro de saldos pendientes:** Todos los saldos pendientes deberán pagarse en un plazo de 14 días, a menos que se hayan acordado previamente pagos mensuales por escrito. Los saldos pendientes después de 90 días o más podrían derivarse a una agencia de cobranza externa o a un abogado, lo que podría resultar en la interrupción de la atención médica por parte de MPCP. Si su cuenta se deriva a una agencia de cobranza externa o a un abogado, usted podría ser responsable de pagar los honorarios de la agencia o del abogado.

**Tipos de pago:** Aceptamos tarjetas de débito, Visa, Mastercard, American Express y Discover. También aceptamos efectivo, cheques o giros postales. Si su cheque es rechazado (devuelto por falta de fondos), deberá pagar un cargo adicional de \$35.00.

**Tratamiento de menores:** Los padres o tutores legales son responsables del pago total y recibirán los estados de cuenta. Se requerirá una autorización firmada para atender a menores no acompañados.

**Honorarios varios:** Ciertos servicios (p. ej., reuniones familiares, cumplimentación de formularios, elaboración de informes narrativos, cartas personales, etc.) pueden conllevar gastos adicionales no cubiertos por el seguro. Se espera el pago completo al momento de la prestación de dichos servicios.

*Independientemente de cualquier acuerdo personal que un paciente pueda tener fuera de nuestra oficina, si es mayor de 18 años y recibe tratamiento, usted es el responsable final del pago del servicio. Nuestra oficina no facturará a ninguna otra persona.*

#### **AUTORIZACIÓN**

He leído, comprendo y estoy de acuerdo con la política financiera arriba indicada y acepto la responsabilidad del pago de todas las tasas/cargos incurridos con Maryland Primary Care Physicians, LLC.

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del paciente

\_\_\_\_\_  
Paciente/Firma de la parte responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha