



ACEPTACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

LEA CON ATENCIÓN

Gracias por elegir Nehalem Bay Centro de Salud & Farmacia como su proveedor de atención médica. Los servicios médicos que usted solicita pueden tener una responsabilidad financiera de su parte por los costos de los servicios de atención médica que no están cubiertos por su compañía de seguros o su plan de salud. Esta responsabilidad significa que usted debe pagar la totalidad de los servicios que reciba y que no estén cubiertos por su compañía de seguros o su plan de salud, a menos que se le exima o reduzca el pago debido a dificultades económicas. Si tiene una dificultad económica, comuníquenoslo para que podamos evaluar su necesidad de acuerdo con nuestras políticas.

Para ayudarle a entender su responsabilidad financiera, le pedimos que lea y firme este formulario. Si tiene alguna pregunta sobre su responsabilidad financiera, pregúntenos y con gusto responderemos a todas sus preguntas. Si otra persona (padre/madre, cónyuge, pareja de hecho, etc.) es financieramente responsable de sus gastos o se hace cargo de su seguro, por favor comparta este formulario con ellos, ya que explica nuestras prácticas con respecto a la facturación del seguro, los copagos y la facturación del paciente.

Al firmar a continuación y/o al recibir servicios médicos de Nehalem Bay Centro de Salud & Farmacia, usted acepta:

1. Usted reconoce y está de acuerdo con los términos de este formulario de ACEPTACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE. Nehalem Bay Centro de Salud & Farmacia funciona de acuerdo con políticas financieras que se aplican a todos los pacientes y clientes. Puede solicitar una copia de las políticas actuales al personal de la oficina comercial y/o al personal de recepción. Comprenda, sin embargo, que estas políticas pueden ser modificadas ocasionalmente por Nehalem Bay Centro de Salud & Farmacia sin previo aviso.

2. Usted es responsable en última instancia de todas las obligaciones de pago asociadas con su tratamiento o atención, y garantiza el pago de estos servicios. Usted es responsable de los deducibles, copagos, coaseguros, servicios no cubiertos, o cualquier otra responsabilidad del paciente indicada por su compañía de seguros o por nuestras políticas, que no estén cubiertos de otro modo por el seguro complementario.

3. Usted es responsable de conocer su póliza de seguro o plan de salud. Por ejemplo, usted será responsable de todos los cargos si se da cualquiera de los siguientes casos:

(i) su póliza de seguro o plan de salud requiere autorización previa o remisión por parte de un médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP) antes de recibir servicios en Nehalem Bay Centro de Salud & Farmacia y usted no ha obtenido dicha autorización o remisión;

(ii) recibe servicios que superan dicha autorización o remisión;

(iii) su plan de salud o póliza de seguro determina que los servicios que recibió en Nehalem Bay Centro de Salud & Farmacia no son médicamente necesarios y/o no están cubiertos por su plan de salud o póliza de seguro;

(iv) la cobertura de su plan de salud o póliza de seguro ha caducado o expirado en el momento en que recibe los servicios en Nehalem Bay Centro de Salud & Farmacia; o

(v) ha decidido no utilizar la cobertura de su plan de salud o póliza de seguro. Si no está familiarizado con la cobertura de su plan o seguro, le recomendamos que se comunique directamente con su compañía de seguros o proveedor del plan. Por ejemplo, algunos planes de salud o pólizas de seguro pueden no cubrir la acupuntura, la medicina naturista o determinados servicios de asesoramiento. Esto significaría que usted es responsable del costo completo si recibe servicios como estos que no están cubiertos por su plan de salud o póliza de seguro.

4. Se le pedirá que siga todos los procedimientos de registro, que pueden incluir la actualización o verificación de la información personal, la presentación de la verificación del seguro actual, la presentación de firmas y el pago de cualquier copago u otro importe que sea responsabilidad del paciente en cada visita. Su tarjeta de seguro u otra verificación de seguro debe estar en el archivo para que se pueda facturar a la compañía de seguro. Si no tenemos su tarjeta en el archivo o no podemos verificar su elegibilidad para los beneficios, se le considerará un paciente que paga por cuenta propia. Como paciente que paga por cuenta propia, se le pedirá que pague su cuota en su totalidad en el momento del servicio. Si la tarjeta del seguro u otra información necesaria se proporciona después de la visita, podemos presentar un reclamo a su seguro y, si su seguro la paga en su totalidad, se le reembolsará. Si, durante su visita, usted no está preparado para pagar su copago y/o cualquier otra tarifa por tratamiento por el cual usted puede ser responsable, Nehalem Bay Centro de Salud & Farmacia puede reprogramar su cita.

Al firmar este formulario, acepto que he leído y entendido esta Aceptación de Responsabilidad Financiera del Paciente y acepto que seré personalmente responsable del pago TOTAL, a menos que califique para la asistencia financiera de los cargos por servicios no cubiertos por un seguro médico o plan de salud.

Nombre del paciente

Firma del paciente

Testigo

Fecha