

## **POLÍTICA FINANCIERA**

NOSOTROS en Texas Children's Pediatrics (TCP) estamos comprometidos a brindarle atención médica de la más alta calidad y es de nuestro agrado explicarle a usted, en todo momento, nuestros honorarios por servicios profesionales. Su claro entendimiento de nuestra política financiera es importante para nuestra relación profesional. Por favor consúltenos si tiene alguna interrogante acerca de esta política de finanzas.

**Usted es personalmente responsable por el pago al momento del servicio de todos los cargos resultantes de la atención médica brindada por TCP, incluyendo cualquier cantidad no cubierta por su plan de salud.** Para ayudarnos a establecer su cuenta financiera con TCP, por favor:

- Provea toda la información necesaria para la correcta facturación de su reclamo, incluyendo su tarjeta del seguro de salud, la información de su empleador o patrón y sus datos demográficos.
- Satisfaga todos los copagos de su seguro, deducibles y servicios no cubiertos el día en que reciba los servicios.
- Proporcione a su compañía de seguros y a TCP cualquier información adicional que se le pida para completar el proceso de los reclamos tramitados en su nombre.

### **MENORES NO ACOMPAÑADOS**

Los menores de edad deberán contar con una autorización para tratamiento médico firmada por su padre de familia o tutor y el menor será responsable de proveer por sí mismo información del seguro de salud actualizada. Por favor observe que los pagos colaterales y/o deducibles deben ser efectuados al momento de recibir el servicio.

### **RELACIONADO A DIVORCIO:**

TCP no se involucra en disputas entre padres divorciados en relación a la responsabilidad financiera por los gastos médicos de su niño(a). Al firmar enseguida como persona garante, usted acuerda ser financieramente responsable por las atenciones médicas que le brindemos a su niño, sin importar que un acta de divorcio u otros arreglos le adjudiquen esa obligación a su exesposo(a).

### **RELACIONADO A POLIZAS Y SEGUROS DE SALUD**

Para cada visita a TCP, es su responsabilidad asegurarse que TCP tenga contrato actualizado con la gerencia de su plan de atención médica. La verificación de su cobertura y beneficios podría ser requerida. Con frecuencia esta verificación requiere que nosotros compartamos la razón de la visita con la gerencia de su plan de atención médica.

Si nosotros no tenemos contrato con su plan de salud, podríamos requerir el pago completo al momento de la visita. Nosotros le proporcionaremos un estado de cuenta detallado, para que usted pueda solicitar el reembolso a su plan de salud. Si su plan de salud llegase a requerir una descripción más detallada de los servicios, por favor pídale que lo soliciten por escrito.

Asistencia Financiera está disponible. Por favor hable con un Representante de la Clínica o Práctica Médica para saber si usted califica.

Si usted es derivado (referido) a un especialista o se decide que necesita visitar a un especialista, la administración de su plan de salud podría solicitarle a usted que llame a su Médico de Atención Primaria con el fin de obtener una autorización para derivación (referencia) al seguro médico. Es su responsabilidad obtener una derivación (referencia) antes de ser atendidos por un especialista. Si una derivación no es obtenida con anterioridad, usted podría ser responsabilizado(a) de efectuar el pago completo al especialista.

Si usted considera haber pagado en exceso a nuestra oficina o está esperando un reembolso basado en reembolsos del seguro médico, por favor comuníquese a nuestra Oficina de Facturación al tel. 832-824-2999.

### **ADJUDICACIÓN DE BENEFICIOS**

Usted da fe a lo siguiente:

En consideración de los servicios brindados o por ser brindados por TCP, Yo por medio de la presente irrevocablemente asigno, transfiero y deposito en TCP todo derecho, título e interés de todo beneficio pagadero por las atenciones médicas brindadas por TCP al paciente enseguida mencionado, cuyos beneficios son establecidos en cualquier y todas las políticas del seguro, planes de beneficios al empleado, renovación del seguro/cese o pérdida del contrato y/o acciones de terceros en contra de cualquier otra persona o entidad, para quienes mi esposo(a), dependientes o Yo estemos intitulado(a) a recuperar. Yo además por medio de la presente, irrevocablemente asigno, transfiero y deposito en TCP todo derecho, título e interés por cualquier y todo reclamo, apelaciones administrativas y causas de acción en contra de todas las compañías aseguradoras, planes de beneficios de empleados, renovación de seguro/cese pérdida de la compañía aseguradora, terceros administradores y/u otras personas o entidades responsables del pago de beneficios del seguro de salud. Yo autorizo a mi aseguradora, administrador del plan, fiduciario y/o abogado a liberar a TCP cualquiera y toda política del seguro, documentos del plan, descripciones resumidas del plan, y/o información de acuerdos, cuando estas sean solicitadas por escrito por TCP o sus representantes legales, con el fin de reclamar dichos beneficios médicos.

Yo autorizo a que se efectúe el pago directamente a TCP o a mi médico tratante.

Entiendo que quizá existan honorarios profesionales asociados a la atención brindada por TCP, los cuales se facturan por separado por la persona u organización que proveyó los servicios. En consideración de dichos servicios, Yo por medio de la presente irrevocablemente asigno, transfiero y deposito en tales personas u organizaciones todo derecho, título e interés en todos los beneficios a pagar por las atenciones médicas brindadas por TCP al paciente enseguida mencionado, cuyos beneficios son establecidos en cualquiera y todas las políticas del seguro, planes de beneficios al empleado, reaseguro/cese o pérdida del contrato y/o acciones de terceros en contra de cualquier otra persona o entidad, para quienes mi esposo(a), dependientes o Yo estemos intitulado(a) a recuperar.

**DIVULGACION DE INFORMACION**

Usted da fe a lo siguiente:

Yo autorizo a la liberación de cualquier y toda información médica, incluyendo resultados de pruebas del VIH, e información financiera necesaria para procesar este y cualquier reclamo futuro a mi aseguradora o entidad responsable de pagar los beneficios de salud y yo podría designar dicha persona o entidad por un periodo indefinido o hasta que yo solicite por escrito una revocación a esta divulgación de información. Este consentimiento para divulgar y obtener información es válido hasta su revocación y Yo podría revocar por escrito este consentimiento en cualquier momento. Excepto en lo relacionado a divulgaciones anteriormente realizadas.

- En mi calidad de paciente o parte responsable, Yo por medio de la presente consiento a recibir de parte de TCP o cualquier tercero con quien TCP tenga contrato para llamadas automatizadas y mensajes de texto relacionados a obligaciones financieras, notificaciones relacionadas a atención médica, incluyendo pero no limitándose a, mensajes relacionados a programación, recordatorios de citas, recordatorios de vacunación, resultados de laboratorio, direcciones a lugares de citas médicas y enlaces para documentación requerida; cobro de deudas; encuestas y mercadotecnia al número telefónico que yo le he proporcionado a TCP. Estos mensajes son un servicio gratuito de parte de TCP, pero mi compañía telefónica podría aplicar tarifas por mensajes y datos. El consentimiento para optar participar no es requerido para recibir servicios de parte de TCP. En cualquier momento usted puede enviar un mensaje de texto con la palabra STOP para dejar de recibir mensajes de texto.
- He leído y entiendo que soy personalmente responsable por el pago de esta cuenta.
- Medicaid: Yo tengo \_\_\_\_\_ o Yo no tengo \_\_\_\_\_ actualmente Seguro Medicaid.
- Reconozco y al firmar este formulario acepto que mi proveedor médico podría estar participando en un programa de ahorro compartido con la gerencia de mi plan de seguro de salud. La información relacionada a todo programa activo está disponible a mi persona cuando yo la solicite.

**Firma del Garante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Garante: \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_