

2019 PÓLIZAS DE ASEGURANZA Y PAGO



ELIJA UNO:

- 1 TENGO ASEGURANZA QUE SE PUEDE USAR EN WOMEN'S HEALTH. SOLICITO QUE FACTUREN A MI ASEGURANZA DIRECTAMENTE.**
Presente su tarjeta de seguridad al empleado. Serán necesarios algunos copagos y pagos de deducible/coaseguro el día de la visita. Es su responsabilidad verificar que su plan de seguro específico puede ser usado en esta clínica.
- 2 TENGO ASEGURANZA PERO NO VOY A USARLA. PAGARÉ LA TARIFA COMPLETA POR TODOS LOS SERVICIOS.**
Se debe pagar en el día de su cita. Díganos si tiene preocupaciones de confidencialidad con su seguro.
- 3 NO TENGO ASEGURANZA Y QUISIERA SABER SI SOY ELEGIBLE PARA ASEGURANZA O DESCUENTOS.**
Si usted es elegible para seguro, haga una cita con nuestra especialista de seguro antes de recibir servicios en la clínica. Se necesita comprobante de ingreso para seguro y descuentos.
- 4 NO TENGO ASEGURANZA PERO NO QUISIERA DAR INFORMACIÓN DE MI INGRESO. PAGARÉ LA TARIFA COMPLETA POR TODOS LOS SERVICIOS.** Se debe pagar en el día de su cita.
- 5 FONDOS DE ADOLESCENTES/"TEEN CLINIC": TENGO MENOS DE 20 AÑOS DE EDAD Y NO QUIERO QUE MIS PADRES/GUARDIÁN SEPAN QUE RECIBO SERVICIOS AQUI.** No ofrecemos a adolescentes descuentos para servicios de aborto.

PAGO PARA SERVICIOS:

Se debe pagar al tiempo de servicios, incluyendo copagos y pagos de deducible. Aceptamos efectivo, tarjetas de crédito (Visa, MasterCard, Discover, AmEx), cheques (para algunos servicios), y giros postales. El cargo de cheques devueltos es \$20. Por favor tome en cuenta que el costo estimado de la visita podría cambiar dependiendo de su ingreso y los servicios que recibe durante de su visita. Le mandaremos estados de cuenta a su dirección si tiene un saldo pendiente, por eso, por favor hable con un empleado sobre preocupaciones de confidencialidad antes de su cita.

INFORMACIÓN DE INGRESO ANTES DE TAXES

Aunque tenga seguro, favor de documentar sus ingresos. A veces ofrecemos descuentos en caso de que su seguro no cubra cargos.

¿TIENE EMPLEO? No Sí - Ocupación: _____

INGRESO PERSONAL: Pago por hora \$ _____ y horas por semana _____ **Q** Salario por año \$ _____

INGRESO DE PAREJA: Pago por hora \$ _____ y horas por semana _____ **Q** Salario por año \$ _____

INGRESOS ADICIONALES:

- Prestaciones por desempleo \$ _____/mes
- Apoyo de familia (con renta, gastos) \$ _____/mes
- Ahorros/herencia \$ _____/mes
- Manutención de los hijos/pensión alimenticia \$ _____/mes
- Discapacidad o seguridad social \$ _____/mes
- Otro _____ \$ _____/mes

¿CUÁNTAS PERSONAS, INCLUYENDO USTED, SON APOYADOS CON LOS INGRESOS REPORTADOS? _____

PARA USO DEL PERSONAL

Calculated personal income: _____ month / year	Quarter: 1 2 3 4	Verified by: _____
Calculated partner income: _____ month / year	Verification? Yes No	
Additional income: _____ month / year	Type of verification/reason: _____	
TOTAL INCOME: _____ month / year	Code: 1 2 3 4 5 Insured	

Client refused to report/does not want to be considered for sliding scale

CONFIDENCIALIDAD CON ASEGURANZA

La confidencialidad no está garantizada por los servicios cobrados a su aseguranza, especialmente si usted no es el titular de la póliza. Su aseguranza puede enviar un resumen de cargos a la dirección que tiene en el archivo. Si desea que estos estados de cuenta se dirijan a una dirección diferente, debe ponerse en contacto directamente con su aseguranza. Le enviaremos un estado de cuenta a su dirección para cualquier saldo restante después de haber facturado su aseguranza.

COBERTURA CON ASEGURANZA

Nuestro personal no sabe qué servicios están cubiertos por su aseguranza. Es su responsabilidad verificar los servicios cubiertos para su plan/póliza específico. Esto incluye requisitos, limitaciones y pólizas referentes a referencias, autorizaciones anteriores, copagos, coaseguranza, deducibles y beneficios. Favor de dirigir preguntas sobre la cobertura a su administrador del plan de seguro médico.

PAGO CON ASEGURANZA

Copagos y pagos de deducible y coaseguranza se deben pagar al tiempo de la visita. Es su responsabilidad pagar por algún saldo restante después de haber facturado su aseguranza. Si la compañía de seguros niega su reclamación, usted es responsable del saldo de la cuenta en su totalidad y se enviará una cuenta a su dirección

PACIENTES CON ASEGURANZA, PONER SUS INICIALES:

_____ Solicito y asigno que todos los pagos de beneficios autorizados se hagan en mi nombre a Boulder Valley Women's Health Center por cualquier servicio que recibo. Yo autorizo a BVWHC apelar reclamos en mi nombre si el reclamo o el pago es negado.

_____ Entiendo que hay servicios que mi aseguranza no cubre, incluyendo pero no limitado exámenes como el manejo anticonceptivo, análisis de orina y algunas inyecciones. Si mi aseguranza no cubre un servicio o procedimiento, o si mi visita está sujeta a un deducible/coaseguranza, soy responsable de cualquier cargo no pagado. Entiendo que mi proveedor puede recomendar servicios o pruebas adicionales y que pueden resultar en cargos adicionales.

_____ Entiendo que todos los gastos de laboratorio (análisis de sangre, culturas, biopsias y patología) no se incluyen con mi visita y que el laboratorio facturará mi aseguranza separadamente. Women's Health no sabe ni controla los precios de los laboratorios, y yo, no Women's Health, soy responsable de estos cargos.

INFORMACIÓN DE POLIZA DE ASEGURANZA

Nombre de compañía principal: _____

Número de suscriptor o miembro: _____ Número de grupo: _____

¿De quién es la póliza? Mia Un padre/Guardián Pareja Otro _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____ SSN: XXX-XX-_____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Nombre de compañía secundario: _____

Número de suscriptor o miembro: _____ Número de grupo: _____

¿De quién es la póliza? Mia Un padre/Guardián Pareja Otro _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____ SSN: XXX-XX-_____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

TODOS LOS PACIENTES

He leído y estoy de acuerdo con la poliza anterior. La información que documenté es exacta al mejor de mi conocimiento

NOMBRE: _____ **FIRMA:** _____ **FECHA:** _____