

PÓLIZA FINANCIERA Y AUTORIZACIÓN

Gracias por confiar en el Dr. Carlos Rotman y sus asociados con el cuidado de su salud. Nuestro personal se compromete a rendirle la mejor calidad de atención médica y asegurarle una experiencia positiva en todas sus facetas. Por ese motivo, hemos preparado esta póliza financiera para que la lea y firme antes de comenzar su tratamiento.

Pago por Servicios Médicos. Debe comprender que pagar por los servicios de salud se considera una parte integral de su tratamiento. Aceptamos pago en efectivo, cheques, Visa, Mastercard y Discover.

Pacientes sin Aseguranza. Se requiere pagar el cobro total el día del servicio. Si no puede pagar el total, debe tener un acuerdo por escrito con la Coordinadora Financiera antes de su cita.

Pacientes con Aseguranza. Por favor traiga su tarjeta de aseguranza a su cita. Participamos en muchos planes de seguro. Si está asegurada por un plan en el cual no participamos, haremos todo lo posible para verificar sus beneficios antes de su visita. Usted tiene la responsabilidad de saber cuáles son sus beneficios. Por favor comuníquese con su compañía de seguro si tiene alguna duda respecto a su cobertura.

Co-Pago, Deductibles y Co-Aseguranza. Todo co-pago y deducible debe ser pagado el día del servicio. Esto es un requerimiento de su contrato con su compañía de seguro. Si no cobramos co-pagos y deductibles de nuestros pacientes, puede considerarse como fraude de aseguranza. Por favor ayúdenos a cumplir con la ley, cumpliendo con su co-pago/deductible en cada visita.

Además de tener que cumplir con sus co-pagos y satisfacer su deducible, es responsable por cualquier co-aseguranza (balance) no pagado por su compañía de seguro dentro del límite de tiempo requerido por el estado. Recibirá usted un extracto de cuenta de nuestra oficina, indicando cuanto ha pagado su aseguranza. Debe enviar pago por el saldo restante en cuanto reciba el extracto.

Servicios No Cubiertos. Debe estar conciente de que su aseguranza podrá determinar que algunos – y quizás todos – de los servicios que recibirá no son cubiertos por su plan o no son considerados necesarios. Usted debe pagar el total por estos servicios el momento de recibirlos.

HMO o POS. Estos planes de aseguranza requieren que su Proveedor de Cuidado Primario (PCP) le otorgue una autorización (“referral” en inglés) para recibir servicios de otro médico. Debe traer esa autorización a su cita. Tiene la responsabilidad de conocer los requerimientos de su aseguranza. Cualquier servicio que reciba sin la autorización requerida será su responsabilidad.

Evidencia de Aseguranza. Todo paciente debe completar nuestro formulario de información del paciente (registración) antes de ver al médico. Como verificación, necesitamos una copia de su licencia de conductor o documento de identificación oficial, además de su tarjeta de aseguranza vigente. Si no nos provee la información de aseguranza correcta de manera oportuna, puede ser responsable por el monto total de su servicio.

Reclamación al Seguro. Enviaremos la solicitud de pago a su aseguranza y le asistiremos en lo posible para que paguen por sus servicios. En muchas instancias, su compañía de seguro le pedirá que proporcione cierta información directamente. Es su obligación cumplir con estos pedidos. Recuerde que usted es responsable por el saldo de su cuenta, pague o no pague su aseguranza. Su plan de salud es un contrato entre usted y su compañía de seguro – nosotros no somos parte de ese contrato.

Impago. Si pasan más de 90 días sin pago a su cuenta, recibirá una carta indicando que tiene 30 días para pagar el balance total. No se aceptarán pagos parciales salvo que reciba y firme de antemano un acuerdo por escrito para pagar en plazos. Si su cuenta permanece impaga, podemos remitirla a una agencia de colección y puede cancelarse su cuidado médico en esta práctica. Si esto sucediera, se le notificará por correo certificado que tiene 30 días para transferir su cuidado a otro médico. Durante ese periodo de 30 días, será elegible solamente para recibir atención de emergencia.

Menores de Edad. Para menores de 18 años, un adulto debe ser responsable por el pago. Además, menores no pueden recibir tratamiento sin el consentimiento de un padre o guardián legal.

Cheques Retornados. Se le cobrará \$30 por cheque retornado por su banco por cualquier motivo.

Expedientes Médicos. Si lo requiere, podemos darle una copia de su expediente médico. Deberá firmar una carta de autorización antes de podérsela entregar. Por favor permítanos 7-10 días para copiar su expediente.

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre del Padre/Guardián Legal _____ Fecha de Nacimiento _____
Parentesco con el Paciente _____

Declaración de Responsabilidad Financiera del Paciente. He leído, entendido y acepto los convenios de esta Póliza Financiera. Acepto también plena responsabilidad por cualquier servicio que me vayan a rendir el Dr. Carlos Rotman y sus asociados. Entiendo que soy responsable por el pago oportuno de cualquier balance que no sea cubierto por mi aseguranza, incluyendo co-pagos, deductibles y co-aseguranza. Entiendo que los co-pagos deben cumplirse el día del servicio, además de pagar cualquier balance previo. Autorizo que se paguen directamente al Dr. Rotman los beneficios autorizados por mi aseguranza por cualquier servicio médico o quirúrgico que me rindan. Acepto pagar todo cobro razonable de abogado o costo de colección en caso de impago.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Autorización para Tratamiento, Pago y Funcionamiento de la Oficina. Por la mediante, autorizo al Dr. Carlos Rotman y sus asociados, enfermeras y personal bajo su dirección, a efectuar todo examen y tratamiento y suministrar toda medicación que consideren necesarios o recomendables. Entiendo que el Dr. Carlos Rotman puede pedir que se incluyan fotos más en mi expediente médico y que si no deseo su inclusión, debo informar al personal de su oficina. Les autorizo a utilizar y revelar toda la información médica privada en mi expediente que sea requerida para efectuar mi tratamiento, obtener reembolso y permitir el funcionamiento de la oficina. Entiendo que la Notificación de Póliza de Privacidad (que es detallada en la próxima sección de este documento) contiene una versión más detallada de esta autorización y de los modos que se puede usar y revelar mi información, que el Dr. Carlos Rotman reserva el derecho de cambiar estas pólizas de privacidad y que cualquier cambio será publicado en su oficina y me puede ser enviado por correo si lo pido.

Autorizo además al Dr. Carlos Rotman y sus asociados a llamarme a mi hogar o a la localidad alternativa especificada en mi hoja de registración y dejarme un mensaje en la contestadora o con la persona que conteste si fuese necesario, o enviarme por correo a mi casa o localidad alternativa cualquier artículo requerido para efectuar tratamiento, pago, o funcionamiento de la oficina; por ejemplo, recordatorios de cita, información de aseguranza, resultados de laboratorio y otros.

Entiendo que esta autorización permanecerá en vigencia mientras que no la revoque y que puedo revocarla en cualquier momento, notificando por escrito a la oficina del Dr. Carlos Rotman. Entiendo también que no se puede revocar esta autorización en casos en que el Dr. Carlos Rotman y sus asociados ya hayan usado o revelado mi información médica por motivos autorizados.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Reconocimiento de Notificación de Póliza de Privacidad. Reconozco que he recibido una copia de la Notificación de Póliza de Privacidad del Dr. Carlos Rotman, que contiene información detallada acerca de cómo su práctica puede usar y revelar mi información médica confidencial. Entiendo que el Dr. Carlos Rotman tiene el derecho de cambiar esta póliza y que cualquier cambio será publicado en su oficina y me puede ser enviada por correo si lo pido.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Firma del Testigo _____ Fecha _____