

## Política Financiera del Centro Médico Dos Palos Apex

Nos gustaría darle las gracias por elegir a la Clínica Dos Palos Apex Health Center como su proveedor médico. Hemos escrito esta póliza para mantenerle informado de nuestras políticas financieras actuales.

**No Aseguranza:** El pago será cobrado en el momento del servicio. Si no puede pagar su saldo completo, usted tendrá que hacer arreglos previos con el Gerente de Facturación o el Gerente de Calidad. Nuestra clínica atiende a todos los pacientes independientemente de la incapacidad de pagar. Descuentos para los servicios esenciales son ofrecidos dependiendo del tamaño de la familia y los ingresos. Usted puede solicitar un descuento en la recepción.

**Aseguranza:** Aunque estamos contratados con varias compañías de seguros, es su responsabilidad de asegurarse de que nuestra oficina sea un proveedor contratado con su plan. También es su responsabilidad de conocer sus beneficios de seguro.

Como cortesía a nuestros pacientes, nosotros presentaremos reclamaciones de seguro desde nuestra oficina. Para poder hacer esto, necesitaremos información de usted. Necesitaremos toda su información demográfica y de seguro médico antes de la cita. También solicitaremos una actualización de esta información cada año (al principio del año) y después. Le pedimos que el día de la cita, traiga con usted su tarjeta de aseguranza medica y una identificación con foto al igual que cualquier información que nos ayude a asistir para que su reclamo sea presentado correctamente.

Al momento del servicio y si es aplicable, usted es responsable de todas las tarifas que no están cubiertas por su seguro, incluyendo copago, coaseguro, deducibles, y servicios o artículos no cubiertos. El co-pago no será renunciado por nuestra oficina, ya que es un requisito que le impone su compañía de seguros. Nos esforzamos por ser precisos en calcular su responsabilidad, pero con tantas variaciones en las políticas y de las tarifas, no siempre es exacto. Usted podría recibir una factura con un balance de nuestra oficina. Para su conveniencia, aceptamos pago en efectivo, cheque personal, y tarjeta de crédito (Visa y Mastercard), o giro postal. Pagos también es aceptado por teléfono.

**Declaración para Permitir el Pago de los Beneficios de Medicare a la Clínica de Salud Rural:** Solicito el pago de beneficios autorizados de Medicare en mi nombre para cualquier servicio dado por Dos Palos Apex Health Center. Yo autorizo a cualquier titular de información médica y de otra índole sobre mí para mandar a Medicare y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios para servicios relacionados.

**Accidente Automovilístico/Lesión de Responsabilidad:** Si su lesión es por el resultado de un accidente automovilístico, presentaremos reclamaciones en su nombre con su compañía de seguros de auto, sólo si tiene pagos médicos en su póliza. Si su lesión es el resultado por la negligencia de otro partido, usted es responsable de pagar por los servicios y luego cobrarle al partido responsable. No presentaremos cargos a su seguro, pero le proporcionaremos un recibo para hacerlo. Lamentamos cualquier inconveniencia que esto pueda causar.

**Compensación de Trabajadores:** Por favor notifique a la recepcionista inmediatamente si su lesión es el resultado de un accidente en su trabajo. No estamos autorizados a tratarlo para este tipo de reclamos. Usted tendrá que ponerse en contacto con su empleador para obtener instrucciones sobre cómo presentar una reclamación de compensación del trabajador. Lamentamos cualquier inconveniencia que esto pueda causar.

**Registros Médicos:** Le proporcionaremos una copia de su expediente médico a petición y por una cuota de \$20.00. Tendrá que firmar una carta de liberación antes de que se le entregue. Por favor permita hasta 30 días para poder procesar esta solicitud.

**Facturación:** Si usted recibe una factura de nuestra oficina, es porque su aseguranza ha declarado que el saldo es su responsabilidad. Por favor comuníquese al departamento de facturación si tiene alguna pregunta sobre su factura. Si usted no puede pagar su saldo en totalidad, por favor llame para hacer los arreglos de pago.

**Colecciones:** Las cuentas que no se han pagado en su totalidad dentro de 30 días comienza nuestro proceso de recolección interno. Si su saldo se convierte en 90 días de antigüedad, su médico será notificado y usted puede estar sujeto a

despedirlo de nuestra clínica y se empezará un actividad mayor de recolección de una agencia de colección externa.

**Reconocimiento:**

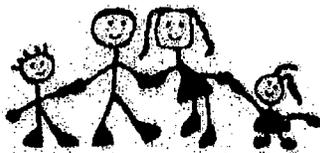
Reconozco que he recibido y leído una copia de la **Política Financiera de Dos Palos Apex Health Center.**

**Firma del Paciente o Tutor**

**Fecha**

**Testigo**

---



Nombre: \_\_\_\_\_ Medicare#: \_\_\_\_\_

**Cuestionario de Evaluacion de Medicare**

**Empleo**

- 1. Esta usted actualmente trabajando y cubierto por un plan de salud? Si No
- 2. Esta actualmente cubierto por un plan de salud atravez de su esposo/a O miembro de familia? Si No

**Accidentes**

- 3. Su visita de hoy esta asociada con una lastimadura obtenida atravez de su Empleo o enfermedad en el pasado o presente? Si No
- 4. Su visita de hoy esta asociada con un accidente de vehiculo? Si No
- 5. Su visita de hoy esta asociada con un accidente que no sea relacionado Con un vehiculo? Si No

**Derechos**

- 6. Tiene beneficios de Pulmon Negro? Si No
- 7. Tiene derechos a Medicare atavez de discapacidad? Si No
- 8. Tiene derechos a Medicare por enfermedad renal de etapa final? Si No
- 9. Esta Inscrito en el programa de veteranos basado en tarifa? Si No

**Autorizacion de sentencia y Convenio de Pago**

Declaro bajo pena de perjurio que no tengo otro seguro primario que pague por mi cuidado medico presentado a mi por Apex Medical Group, y que toda la informacion se considera a la residencia, el empleo, y los ingresos es correcto en su totalidad. Yo pido que se haga pago a este centro de salud por los servicios medicos que se me han dado atravez de los proveedores medicos.

Yo entiendo que con mi firma doy permiso que se haga un pago y autoriza la divulgacion de mi historial medico que sea nesesario para que se paguen los reclamos. Si esta involucrada una aseguranza secundaria, mi firma tambien autoriza la divulgacion de mi historial medico hacia esa aseguranza.

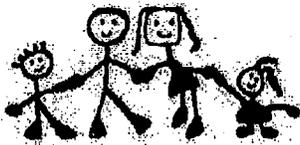
En casos asignados a Medicare, el Proveedor medico esta de acuerdo en aceptar el cargo determinado por el cargador de Medicare como cobro completo, y el paciente es responsable solo el deducible anual co-seguro y servicios no-cubiertos. Co-seguro y deducible estan basados en el cargo determinado por Medicare.

\_\_\_\_\_  
Firma De Paciente o Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha



**Dos Palos Apex Health Center, Inc.**  
1549 Golden Gate St. Dos Palos, CA. 93620  
Phone: (209)392-0022

## FIRMA POR VIDA FORMULARIO DE AUTORIZACION

Nombre de Beneficiario: \_\_\_\_\_

Numero de Medicare: \_\_\_\_\_

Yo pido que el pago de beneficios de Medicare autorizados se haga a mi o en mi nombre para Apex Medical Group para cualquier servicio que se me haga por Apex Medical Group. Autorizo cualquier titular de informacion medica de mi que se libere a centros de Medicare y Medicaid (CMS) y a sus agentes cualquier informacion que sea nesessaria para determinar estos beneficios o los beneficios a nombre de los servicios relacionados.

Yo entiendo que mi firma pide que pagos se hagan y que autorize liberacion de informacion medica que sea nesessaria para pagar el reclamo. Si el articulo 9 de CMS 1500 es completado, mi fima autoriza la divulgacion de informacin a la agencia demostrada. En casos de Medicare, el proveedor acepta el cargo determinado de Medicare como cargo complete, y el paciente es responsable solamente por el deducible, co-aseguranza, y servicios no cubiertos. Co-aseguranza y el deducible estan basados dependiendo el cargo determinado de el cargador de Medicare.

Firma de Beneficiario: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_