

# POLÍTICA FINANCIERA

Pt. Name: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

Gracias por elegir Sansum Clinic como su proveedor de salud. Tenemos el compromiso de brindar una experiencia de atención de salud excelente. Por favor, lea y firme nuestra política financiera antes de su tratamiento. [Sansum Clinic acepta dinero en efectivo, cheques y todas las tarjetas de crédito importantes. Cobramos una tasa de servicio de \$25 por cada cheque devuelto.]

**Cancelación de Citas y No Presentación a Citas:** Entiendo que es responsabilidad mía cancelar cualquier cita con una antelación mínima de 24 horas respecto de la cita programada. Si no doy un aviso de cancelación con una antelación mínima de 24 horas o si no me presento a la cita programada, entiendo que se me cobrarán gastos por cancelación de cita. Me comprometo a pagar el gasto por cancelación de cita en cuanto reciba mi estado de cuentas.

**Pacientes No Asegurados:** Se necesita un depósito en el momento del servicio; no se dispensará del depósito. Es posible que el depósito no cubra todos los servicios prestados y me comprometo a pagar el saldo restante por los servicios prestados. Seré responsable del pago en cuanto reciba mi estado de cuentas.

**Pacientes HMO:** Cualquier copago debe abonarse en el momento del servicio. Mi copago es una cantidad determinada por mi póliza de seguro y mi paquete de beneficios. Me comprometo a pagar todos los servicios que no estén cubiertos por mi plan de salud; seré responsable del pago en cuanto reciba mi estado de cuentas. **PPO y Seguros Privados:** Con una copia de mi tarjeta de seguro y la asignación de beneficios archivada, Sansum Clinic facturará a mi plan de salud y emitirá la reducción contractual adecuada en nombre de mi plan de salud. Me comprometo a pagar todos los servicios que no estén cubiertos por mi plan de salud; seré responsable del pago en cuanto reciba mi estado de cuentas.

**Pacientes de Medicare:** Sansum Clinic es un proveedor participante en Medicare Parte B. Seré responsable del deducible de Medicare, así como del 20% de coaseguro del Medicare permisible. No se dispensará de los gastos deducibles ni del coaseguro. Seré responsable de los servicios no cubiertos conforme al programa Medicare; seré responsable del pago en cuanto reciba mi estado de cuentas.

**Seguros No Participantes/No Asignados:** Sansum Clinic no tiene contrato ni participa con mi plan de salud actual. Estoy decidiendo obtener servicios que serán considerados como fuera de la red por parte de mi seguro médico. Me comprometo a pagar un depósito para cada visita y entiendo que es posible que el depósito no cubra todos los servicios prestados. Entiendo que Sansum Clinic no negociará costos más bajos con mi plan de salud y seré responsable de todos los servicios prestados. Seré responsable del pago en cuanto reciba mi estado de cuentas. Se recomienda que contacte a su compañía de seguro para determinar cobertura, beneficios y requisitos de autorización previa.

**Accidentes y Lesiones con Vehículos de Motor:** Los proveedores de Sansum Clinic tienen la discreción de decidir si atienden o no a pacientes con lesiones en accidentes de vehículos de motor u otras lesiones con responsabilidades. Sansum Clinic no tiene la obligación de aceptar prendas. En cualquier caso, soy responsable de los costos de mi atención y me comprometo a pagar todos los servicios prestados en cuanto reciba mi estado de cuentas.

**Información de Facturación:** Proporcionaré información completa y correcta y avisaré a Sansum Clinic sobre cambios en cualquiera de mis datos (dirección, número de teléfono, seguro). Sansum Clinic hará esfuerzos razonables para presentar reclamos a mi seguro y me proporcionará con prontitud un estado de cuentas. Si por cualquier motivo las cantidades de las que soy responsable no se pagan con prontitud, lo cual incluye si mi estado de cuentas se devuelve como no entregable, puede que se me derive a una agencia de cobros (Financial Credit Network). También entiendo que Financial Credit Network, o cualquier compañía que actúe en su nombre, puede utilizar diversos métodos de marcado y comunicaciones para contactarme en el/los número(s) de teléfono que he proporcionado. Esto incluye, sin limitarse a ello, llamar o enviar mensajes de texto a mi número de teléfono celular, lo cual puede dar lugar a gastos con mi proveedor de celular, ya sea manualmente o mediante el uso de tecnología de marcado automático y/o mensajes pregrabados.

Soy el avalista del paciente menor de edad, y al firmar este formulario, acepto la responsabilidad financiera por todos y cualesquiera copagos, deducibles, coaseguros y servicios no cubiertos. Soy consciente de que cualquier sentencia ordenada por un tribunal debe determinarse entre las personas implicadas, sin la participación de Sansum Clinic. Seré responsable del pago en cuanto reciba mi estado de cuentas

**ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO:** Entiendo que Sansum Clinic conservará registros de los servicios que me proporcione y en general no revelará información sin mi consentimiento específico por escrito. Soy consciente de que es posible que Sansum Clinic revele información sobre mi tratamiento y los servicios que me proporcione si hacerlo es necesario para reembolso por parte de planes públicos y privados de salud. Autorizo a Sansum Clinic a revelar cualquier información médica, psiquiátrica y sobre dependencia de sustancias necesaria para procesar reclamos. Permito que se utilice una copia de esta autorización en lugar del original. Solicito que el pago conforme a mi seguro médico se realice directamente a Sansum Clinic. Entiendo que soy responsable de los gastos no pagados por mi compañía de seguros, a menos que la compañía y Sansum Clinic lo hayan acordado de otro modo.

**HE LEÍDO LA POLÍTICA FINANCIERA ANTERIOR. LA ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO CON ELLA.**

<b>Nombre Completo (Favor de utilizar letra de imprenta):</b>	<b>Relación con el Paciente:</b>
<b>Firma:</b>	<b>Fecha:</b>

Sansum Clinic no discrimina ni discriminará por motivo de raza, color, nacionalidad de origen, antepasados, edad, sexo, orientación sexual, estado civil, religión, discapacidad ni ninguna otra característica protegida por la ley. Más información en [SansumClinic.org](http://SansumClinic.org).