



## **POLÍTICA FINANCIERA DEL PACIENTE, ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO**

Gracias por elegir a Boston Children's Health Physicians (BCHP). Tenga la seguridad de que su atención médica y la de su hijo es de suma importancia para nosotros. Le agradecemos que se haya tomado el tiempo de revisar nuestras políticas. Es importante que usted entienda nuestra Política financiera en nuestra relación profesional. No dude en hacer cualquier pregunta o compartir cualquier inquietud especial que pueda tener.

Los beneficios de su seguro son un contrato entre usted y la compañía de seguros y es importante que comprenda y siga los requisitos de su póliza de seguro específica.

### **Copagos/coseguro/deducibles**

Su plan de seguro específico determina los montos que puede tener que pagar. Nuestro contrato con su plan y las leyes vigentes nos prohíben descontar o renunciar a copagos, deducibles o coseguros para visitas y procedimientos. Se requieren copagos en el momento de cada visita y BCHP acepta efectivo, cheque o tarjeta de crédito como pago.

Algunos planes de seguro pueden requerir un copago adicional por determinados servicios realizados en su cita. Si su seguro lo requiere, le solicitaremos el copago adicional en el momento del servicio. Si tiene alguna pregunta sobre el requisito de copago adicional, le sugerimos que se comunique con su compañía de seguros para revisar los detalles de su plan.

Para su conveniencia, BCHP utiliza un sistema de procesamiento de tarjetas de crédito que nos permite mantener su tarjeta de crédito en nuestros archivos de forma segura. Tenga en cuenta que ningún miembro del personal de BCHP tiene acceso a su número de tarjeta de crédito en ningún momento. Le cobraremos en su tarjeta los montos adeudados, según lo indique su compañía de seguros, a menos que nos indique lo contrario.

### **Política de no presentación/cancelación tardía**

Se aplicará un recargo de \$40 a su saldo si usted (o su dependiente) no llega a una cita y no cancela 24 horas antes de la visita programada.

### **Seguro**

Necesitaremos una copia de su tarjeta de seguro (o la de su dependiente) para nuestros archivos. Es su responsabilidad informarnos de cualquier cambio en la cobertura de su seguro.

*Usted es responsable de todos los cargos* y le facturaremos a su compañía de seguros en su nombre. Si su compañía de seguros le solicita otra información, como evidencia de coordinación de beneficios (si usted o su hijo pueden estar cubiertos por más de una póliza de seguro), no harán el reembolso a nuestra oficina hasta que usted proporcione la información. Para garantizarle el pago oportuno y los cargos innecesarios, debe cumplir con su solicitud de manera oportuna.

*Usted es responsable de todos los cargos.* Las compañías de seguros requieren que los bebés recién nacidos se inscriban dentro de los 28 o 30 días posteriores al nacimiento. Para garantizarle cargos innecesarios, debe inscribir a su bebé dentro de los 28 o 30 días posteriores al nacimiento.

### **Planes participantes**

BCHP participa en la mayoría de los planes de seguro. Para facturar correctamente a su compañía de seguros, necesitamos toda la información del seguro, incluido el seguro primario y secundario, así como cualquier cambio en la información del seguro. El no proporcionar la información completa del seguro puede resultar en la responsabilidad del paciente/garante de toda la factura. Es la compañía de seguros la que toma la determinación final de su elegibilidad y beneficios y usted es responsable de cualquier coseguro, deducible o servicios no cubiertos que no pague su seguro.

### **Planes no participantes**

Si estamos fuera de la red de su seguro y su seguro le pagará directamente a usted, esperamos el pago en el momento del servicio, a menos que se hayan hecho otros arreglos antes de la visita.

### **Derivaciones y autorizaciones**

Para las compañías de seguros con las que tiene contrato BCHP, nuestra política es implementar y seguir las pautas de derivaciones y autorizaciones previas establecidas por la compañía. Haremos todo lo posible para informarle sobre los requisitos de su seguro, sin embargo, en última instancia, es su responsabilidad conocer y comprender lo que requiere su póliza específica.

Puede encontrar información específica sobre los requisitos de autorización en los beneficios de su póliza, pero si tiene preguntas, comuníquese con el número de servicios para miembros que se encuentra en el reverso de su tarjeta de seguro. Cuando se requiere una derivación o autorización previa (es decir, cuando necesita ver a un especialista), debe obtener una de su médico de atención primaria (PCP) asignado o llamar al departamento de servicios para miembros que se encuentra en el reverso de su tarjeta de seguro, **antes de su cita**. Muchos planes requieren autorización para ver a un médico de atención primaria **que no sea** el médico de atención primaria que ya está registrado en su plan.

Si no se proporciona la autorización, es posible que se le solicite que re programe su cita hasta que obtenga una o que llame a su proveedor antes de que lo atiendan. El incumplimiento de las pautas del seguro puede resultar en que usted sea financieramente responsable de todos los cargos por los servicios prestados.

### **Pago por cuenta propia**

Se espera el pago en el momento de la visita, a menos que se hayan hecho otros arreglos con el administrador del consultorio antes de la visita.

### **Visitas anuales**

Antes de hacer citas físicas anuales, es su responsabilidad verificar con su compañía de seguros si la visita estará cubierta como una visita de rutina. No todos los planes cubren exámenes físicos anuales.

### **Servicios no cubiertos**

Nos enorgullece brindar atención médica excepcional y de vanguardia y servicios más completos para nuestros pacientes. Ofrecemos muchos exámenes médicos recomendados por la Academia Americana de Pediatría y nuestros proveedores. Algunas compañías de seguros optan por no pagar por los códigos de servicio reconocidos y aplican estos servicios al deducible del paciente.

Todo servicio no cubierto es su responsabilidad. Esto puede incluir, entre otros, pruebas de audición, pruebas de visión, análisis de laboratorio y pruebas de desarrollo; incluso cuando ocurren en una visita de bienestar. Si no está cubierto, usted será responsable de esos cargos de acuerdo con su plan de beneficios. Los planes difieren dentro de cada compañía de seguros, por lo que es imposible para nosotros saber qué exámenes médicos de rutina cubrirá o no cubrirá su plan.

### **Fuera de horario/fines de semana/feriados**

Habr  un cargo/código adicional enviado a su compa a de seguros para los pacientes atendidos los sábados, domingos, feriados federales y después del horario laboral normal los días de semana. Estamos obligados por ley a informar todos los cargos por los servicios prestados. Algunas compa as de seguros cubren el cargo en su totalidad y otras asignan todo o parte al paciente. Si tiene alguna pregunta sobre la cobertura de su plan específico, hable con su compa a de seguros. Dado que los planes dentro de la misma empresa son diferentes, es imposible que sepamos de antemano si habrá alguna responsabilidad del paciente.

#### **Planes con deducibles altos**

Para los planes de seguro con deducible alto, es posible que solicitemos un depósito para los requisitos de deducible de su póliza. Recibir  un estado de cuenta de los saldos pendientes adeudados por los servicios prestados.

#### **Divorcio/separación**

BCHP no forma parte de los decretos de divorcio o separación, ni de los arreglos de manutención de los hijos. Facturamos a un garante en una dirección. No tratamos disputas de facturación o cobertura de seguro entre los padres. En situaciones de divorcio o separación de padres o tutores, la persona que trae al niño para los servicios será económicamente responsable financieramente de todo cargo en la cuenta que no está pagado.

#### **Dificultades financieras**

Sabemos que las familias pueden experimentar dificultades financieras de vez en cuando y queremos estar siempre aquí para cuidar a sus hijos. Comuníquese con nuestro administrador del consultorio para analizar las opciones de pago.

## **Continúa en la página siguiente**

**ACEPTACIÓN POR PARTE DEL PACIENTE DE LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA, LA ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS  
Y EL CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO**

Reconozco que he leído lo anterior y soy responsable de los servicios prestados por Boston Children's Health Physicians, LLP. Entiendo que soy responsable del pago puntual de cualquier parte de los cargos no cubiertos por el seguro. Entiendo que los copagos vencen al momento del registro de entrada. Los adolescentes que vienen solos deberán estar preparados para concertar sus visitas en el momento del servicio.

Autorizo a BCHP a divulgar información a Medicare/otras compañías de seguros responsables de mi atención o la de mis dependientes. Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare u otra compañía de seguros se me realice a mí o en mi nombre a BCHP por cualquier servicio prestado.

Autorizo a mi compañía de seguros a pagar y enviar por correo directamente a BCHP todos los beneficios médicos para el pago de los servicios prestados. También autorizo a BCHP a endosar cualquier cheque recibido en mi nombre para el pago de los servicios prestados. Por el presente, cedo irrevocablemente a BCHP todos los beneficios bajo cualquier póliza de seguro, acuerdo de indemnización o cualquier fuente colateral, según lo definido por el estatuto para los servicios prestados. Esta cesión incluye todos los derechos para cobrar los beneficios directamente de mi compañía de seguros y todos los derechos para proceder contra mi compañía de seguros en cualquier acción, incluida una demanda legal, si por alguna razón mi compañía de seguros no realiza el pago de los beneficios adeudados. Esta asignación también incluye todos los derechos para recuperar los honorarios de abogados y los costos de dicha acción presentada por el proveedor como mi cesionario.

Me he presentado voluntariamente para recibir atención médica y doy mi consentimiento para dicha atención y tratamiento médicos, incluidos los procedimientos de diagnóstico y las pruebas que los médicos, sus asociados, asistentes y otros proveedores de atención médica determinen que son necesarios. Durante el tratamiento, entiendo y reconozco que no se ha otorgado ni se otorgará garantía alguna sobre el resultado o la cura del tratamiento. Tengo el derecho legal de dar mi consentimiento para el tratamiento médico porque soy el paciente o soy padre/madre/tutor del paciente.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (en letra imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Si es menor de edad, nombre de padre/madre/tutor  
(en letra imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o de padre/madre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha de hoy