

Política Financiera

Nuestra clínica forma parte de una organización más grande comprometida a apoyar a nuestros proveedores y brindar atención excepcional a los pacientes. Puede que vea los nombres **Advanced Women's Care (AWC)** o **Valley Perinatal Services (VPS)** en algunos de los documentos que firme hoy; estos son simplemente nuestras organizaciones afiliadas. Tenga en cuenta que su equipo de atención y los servicios que recibe permanecen iguales.

Gracias por elegir **Advanced Women's Care** como su proveedor de atención médica para mujeres. Estamos comprometidos a brindar la más alta calidad de atención a nuestros pacientes. Su comprensión de nuestra **Política Financiera** y el pago por los servicios son una parte importante de esta relación.

SEGURO MÉDICO:

Facturaremos a su compañía de seguros por su visita médica y los servicios recibidos; sin embargo, usted debe estar familiarizado con los términos, contrato y cobertura de su propio seguro. Es su responsabilidad verificar qué cubre su seguro y qué no (copagos, deducibles, coaseguros y otros montos de responsabilidad del paciente). No podemos renunciar a deducibles, coaseguros o copagos que su seguro requiera, ya que esto constituye una violación de las normas del seguro.

Para facturar correctamente a su compañía de seguros, necesitamos que nos proporcione toda la información de seguros, incluyendo seguros primarios y secundarios, y cualquier cambio en la información del seguro. Usted es responsable de informar oportunamente a nuestra oficina sobre cualquier cambio en su información (por ejemplo, dirección, nombre, información de seguro) para facilitar la facturación adecuada de los servicios prestados. El no proporcionar información de seguro completa y precisa puede resultar en que la factura se considere responsabilidad del paciente.

Además, todos los copagos, coaseguros, deducibles y/o costos de bolsillo se deben pagar antes o en la fecha del servicio. Contamos con varias opciones de pago para su conveniencia.

Aceptamos la mayoría de los planes de seguro principales. Sin embargo, debido a los frecuentes cambios en el mercado de seguros, es recomendable que contacte a su compañía de seguros antes de su cita y verifique si somos un proveedor participante según su plan. Si no somos un proveedor bajo su plan de seguro, usted será responsable de pagar el servicio completo en el momento de la atención. Como cortesía, presentaremos su reclamo inicial al seguro, y si no se paga dentro de los 45 días, usted podría ser responsable del total de la factura. Después de que su compañía de seguros haya procesado sus reclamos, cualquier saldo a favor se le reembolsará.

REQUISITOS DE REMISIÓN / AUTORIZACIÓN PREVIA:

Es su responsabilidad, si su seguro lo requiere, obtener una remisión de su Médico de Atención Primaria (PCP) para todos los servicios especializados. Si no existe una remisión para su visita, usted será responsable de los costos asociados con los servicios prestados.

Nuestros pacientes pueden requerir **Autorizaciones Previas** para inyecciones, infusiones y medicamentos. Los pacientes deben informar a VPS sobre cualquier cambio o adición a su cobertura de seguro, para que podamos actualizar las autorizaciones previas existentes y facturar correctamente los servicios. Usted reconoce haber recibido nuestra política financiera y será responsable financieramente por cualquier servicio que su compañía de seguros deniegue.

RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE:

Todos los copagos, deducibles, montos de responsabilidad del paciente y saldos pendientes deben pagarse al momento del registro, a menos que se hayan hecho arreglos previos con nuestra oficina administrativa. Aunque podemos estimar lo que su plan de seguro podría pagar, el plan de seguro determina de manera final su elegibilidad y beneficios.

SERVICIOS DE PATOLOGÍA / LABORATORIO:

Es posible que reciba una factura adicional del proveedor del servicio de laboratorio según sus necesidades clínicas durante la cita. Todas las preguntas sobre estos cargos deben dirigirse al proveedor de laboratorio.

SERVICIOS NO CUBIERTOS:

Debe comprender si algún servicio será cubierto o no. El paciente o su representante legal es responsable final de todos los cargos por los servicios prestados. “No cubierto” significa que un servicio no será pagado bajo su plan de seguro. Si se brindan servicios no cubiertos, se espera que pague por ellos en el momento de la prestación del servicio o cuando reciba un estado de cuenta o explicación de beneficios (EOB) de su seguro denegando el pago.

CITAS PERDIDAS O SIN AVISO (NO-SHOW):

La clínica cobrará una tarifa de **\$25.00** por citas perdidas con el proveedor o citas de ultrasonido sin aviso previo.

REEMBOLSOS:

Los reembolsos se procesarán después del pago completo y final por parte del seguro y/o de un tercero pagador.

COMPLETAR FORMULARIOS:

No completamos formularios de discapacidad de ningún tipo; sin embargo, nuestros registros pueden ser solicitados como documentación de respaldo para ayudar a otro proveedor con este tipo de trámites.

RECONOCIMIENTO DE LECTURAS DE ULTRASONIDO DE ANATOMÍA:

Para minimizar las molestias de viaje para nuestros pacientes, cuando se realice su ultrasonido de anatomía alrededor de las 20 semanas de gestación, administramos la **componente técnica** aquí en nuestra oficina. Luego, el ultrasonido debe ser revisado e interpretado por un médico. Para asegurar un servicio óptimo, nuestras lecturas son realizadas por un médico especialista en medicina materno-fetal de **Valley Perinatal**.

Los cargos por ultrasonido incluyen un cargo por el ultrasonido en sí y un cargo por la lectura/interpretación. Nuestra oficina solo cobra por la administración del ultrasonido, no por la lectura. Es posible que reciba una factura separada de **Valley Perinatal** por la lectura del ultrasonido. Esto no es un cargo adicional, solo una separación de cargos.

He leído, comprendido y acepto la Política Financiera anterior. Entiendo mi responsabilidad financiera de realizar pagos por los servicios prestados y la cortesía brindada por **Advanced Women's Care** para facilitar el reembolso del seguro por los servicios prestados. Reconozco que estas políticas no obligan a **Advanced Women's Care** a otorgarme crédito por los servicios prestados.

Si tiene preguntas sobre alguna de estas políticas, consulte en la recepción.

Declaración de Acuerdo:

Al firmar a continuación, certifico que he leído, comprendido y acepto todos los elementos descritos en esta Política Financiera.

Nombre del Paciente (en letra de imprenta): _____

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Relación con el Paciente (si aplica): _____

