

PÓLIZA FINANCIERA

Gracias por elegir el Chicago Health Medical Group como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a proveer la mejor atención médica disponible a usted y su familia. En el continuo esfuerzo por atender todas sus necesidades médicas, nuestro departamento de cobros está a sus órdenes para hablar con usted de nuestros honorarios y sobre esta póliza.

Pedimos que el paciente o parte responsable lean y firmen nuestra póliza financiera, y que completen los formularios de información del paciente antes de ver al médico.

Los pagos de todos los servicios será debido en el momento en que se prestan los servicios. Para poder servirle mejor, aceptamos dinero en efectivo, cheques personales, Visa, MasterCard, Discover y American Express. Como cortesía a usted, es póliza del Chicago Health Medical Group enviar la cuenta a su seguro médico, a pesar de que usted es, en última instancia, responsable de toda la cuenta. Por lo mismo, lea cuidadosamente lo que a continuación le indicamos:

(POR FAVOR, PONGA SUS INICIALES EN LA LÍNEA QUE PROVEEMOS)

_____ 1. Su póliza de seguro es un contrato entre usted, su empleador y su seguro médico. Nosotros no somos parte de ese contrato. Nuestra relación es con usted, no su compañía de seguro médico. No participaremos en los conflictos entre usted y su asegurador sobre deducibles, copagos, cubierto de cargos, seguro médico secundario y "cargos usuales y habituales". Como su proveedor médico, sólo proporcionaremos información verdadera, correcta, y objetiva para facilitar el proceso del reclamo a su seguro médico.

_____ 2. Las tarifas de los servicios, que incluyen balances pendientes, deducibles y copagos, están debidos en el momento del servicio. Cheques devueltos y balances pendientes pueden ser sometidos a una agencia de colección de honorarios.

_____ 3. Todos los cargos son su responsabilidad, ya sea que su seguro médico pague o no. Si su seguro médico no envía el pago dentro de los primeros 60 días, usted será responsable por pagar el contado. Si hay algún pago hecho directamente a usted para servicios facturados por Chicago Health Medical Group, usted reconoce la obligación de enviar rápidamente el pago a Chicago Health Medical Group.

_____ 4. Yo entiendo y estoy de acuerdo en que si no realizo cualquiera de los pagos del que soy responsable en el momento oportuno, el Chicago Health Medical Group los enviarán a una agencia de cobros o a un abogado y yo seré el responsable de todos los costos de coleccionar el dinero que se debe, incluyendo costos de la corte, honorarios de la agencia de cobros, y del abogado.

_____ 5. Lo anterior no se aplica para aquellos pacientes que son consideradas como compensación al trabajador. Sin embargo, tenga en cuenta que como un paciente de compensación podrá ser responsable por cargos en el evento que su reclamo sea negado.

En el Chicago Health Medical Group entendemos que problemas financieros pueden afectar pago puntual, así que le recomendamos que nos comunique cualquier tales problemas, por lo que nosotros podemos ayudarle en el mantenimiento de su cuenta de buena reputación. Si tiene preguntas, por favor llame a la Oficina de Finanzas al (800) 328-0161.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y PERMISO DE ENTREGAR FICHAS MÉDICAS.

Yo autorizo que los beneficios de mi seguro médico sean pagados directamente al médico cuya firma está en este documento y estoy de acuerdo de que soy el responsable de pagar los servicios no cubiertos; también autorizo que se entregue la información médica pertinente a mi seguro médico.

He leído y comprendo la información anterior y soy responsable del paciente que se enumera a continuación.

Nombre de Letra de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
(en letra impresa o de molde)

Firma del paciente o parte responsable

Fecha