



Política financiera

1. Autorización para revelar información:

Autorizo a **METHODIST MEDICAL GROUP** a suministrar la información solicitada de los registros médicos y otros registros del paciente a: (1) cualquier compañía de seguros o tercero pagador con el fin de obtener pagos en nombre de (1) **METHODIST MEDICAL GROUP**, (2) cualquier otra persona u entidad responsable financieramente de la atención o el tratamiento del paciente y (3) representantes de organismos locales, estatales o federales de conformidad con la ley. Tal información puede incluir, a modo de ejemplo, información sobre enfermedades contagiosas como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida ("SIDA"). Autorizo la revelación de información o la revisión de los registros del paciente para los fines de llevar a cabo auditorías médicas, revisiones de utilización o revisiones de control de calidad.

2. Cesión de beneficios:

Hemos realizado arreglos previos con muchas compañías de seguros para aceptar una cesión de beneficios. Esto significa que facturaremos a aquellos planes con los que tengamos un acuerdo y usted solo deberá pagar el copago autorizado en el momento del servicio. Es su responsabilidad pagar cualquier monto de deducible, coseguro o cualquier otro saldo no pagado por su seguro en el momento del servicio.

Si esta cuenta es asignada a un abogado para cobranza y/o juicio, la parte vencedora tendrá derecho al pago de los honorarios razonables del abogado por los costos de cobranza.

Entiendo que soy responsable de proporcionar a **METHODIST MEDICAL GROUP** toda la información sobre el seguro en el momento del registro para permitir la verificación de los beneficios e, independientemente de los beneficios de mi seguro cedidos, soy responsable del total de los cargos por los servicios prestados.

Por el presente, cedo todos los beneficios médicos y/o quirúrgicos, que incluyen los beneficios médicos importantes a los cuales tengo derecho, incluido Medicare, seguro privado y otros planes de salud a **METHODIST MEDICAL GROUP**. Esta cesión permanecerá en vigencia hasta que la revoque por escrito. Una fotocopia de esta cesión se considerará tan válida como el documento original. Entiendo que en caso de que mi plan de salud determine que "no cubre" un servicio, yo seré responsable de pagar todos los cargos aceptables no cubiertos. Por el presente, autorizo al mencionado cesionario a revelar toda la información necesaria para asegurar el pago.

3. Cesión de beneficios de Medicare/Medicaid: (No complete a menos que reciba beneficios de atención médica de Medicare/Medicaid)

a. Certifico que la información que proporcioné para solicitar el pago conforme al Título XVII de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo la revelación de información sobre mí a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios o compañías aseguradoras, así como también cualquier información necesaria para presentar un reclamo de Medicare. Solicito que se realice dicho pago de beneficios autorizados en mi nombre: Cedo los beneficios pagaderos por servicios al médico u organización que presenta un reclamo a Medicare por mí.

Iniciales _____

b. Entiendo que los beneficiarios de Medicaid son responsables de pagar cualquier atención o servicio médico que reciban y que esté más allá del monto, la duración y/o el alcance del Programa Texas Medicaid, según lo dispuesto por el Departamento de Medicaid o su agencia de seguros de salud. Todos los pagos de servicios no cubiertos se deben efectuar al finalizar cada visita al consultorio a menos que se hayan realizado arreglos de pago con anterioridad.

Iniciales _____

Firma del paciente o tutor (y parentesco si no es el paciente)

Fecha

Testigo Paciente menor de 18 años de edad

Traductor (Nombre en letra de imprenta)

Traductor (Firma)