



OFICINA/POLÍTICAS FINANCIERAS

La atención y el servicio óptimos para el paciente requieren que considere nuestras oficina y políticas financieras como una parte fundamental de su atención y tratamiento. Si tiene alguna pregunta o inquietud, infórmenos antes de programar o someterse a una cirugía.

- Una póliza de seguro es un contrato entre el paciente y su compañía de seguros. Presentamos reclamos de seguro para nuestros pacientes como cortesía siempre que nos asignen los beneficios médicos y quirúrgicos.
- Los pacientes están obligados a informar a nuestro consultorio actualizaciones y cambios en el seguro. Todos los planes HMO y de red estricta/EPO requieren autorización previa para los servicios prestados. En el caso de que no se notifique al consultorio sobre cualquier cambio en el seguro, los pacientes pueden ser responsables de los cargos no autorizados y negados.
- **Copago/Costo compartido:** Para algunas compañías de seguros, hemos hecho arreglos previos para aceptar la asignación de beneficios. Verificaremos sus beneficios y solo exigiremos a los pacientes que paguen su copago, deducible y coseguro, si corresponde, en el momento del servicio. Después de que la compañía de seguros procese nuestros reclamos, los saldos restantes que se le enviarán como una factura. Si tiene alguna pregunta sobre su factura, comuníquese con nuestro oficina para discutirla.
- Tenga en cuenta que no todos los planes de salud son iguales y, por lo tanto, se ofrecen diferentes beneficios y coberturas a cada paciente individualmente. Haremos todo lo posible para determinar qué servicios cubre su seguro, pero en última instancia, es su responsabilidad conocer y comprender las políticas y beneficios de su plan.
- Si no se logran abonar los servicios médicos y quirúrgicos prestados, los pacientes pueden ser dados de alta de MoZaic Care hasta que el saldo se pague en su totalidad. Además, los pacientes pueden ser derivados a una agencia de cobranza por su saldo restante, en cuyo caso, las tarifas de la agencia de cobranza y otros gastos incurridos relacionados con el proceso de cobranza se agregarán al saldo total adeudado.
- **Reprogramación de consultas de nuevos pacientes:** Para permitirnos brindar atención de calidad y un servicio rápido, permitiremos que un paciente re programe una nueva consulta solo 3 veces, a menos que MoZaic Care lo apruebe previamente.
- **Cheques:** los cheques devueltos tendrán un costo de procesamiento de \$25.00.
- **Documentos notariados:** las cartas de declaración del médico u otros documentos que requieran la certificación notarial incurrirán en el costo de los servicios prestados por un notario público.
- **Atención médica/quirúrgica no planificada:** en ocasiones, la necesidad de atención médica adicional fuera de la cirugía propuesta puede generar costos adicionales, que incluyen, entre otros, visitas a la sala de emergencias, hospitalizaciones, pruebas de diagnóstico, cirugías de urgencia y otros tratamientos médicos/quirúrgicos. Si bien algunos planes de atención médica cubren estos eventos, otros no. Por lo tanto, es recomendable, especialmente para pacientes internacionales o fuera del estado, adquirir una cobertura médica de emergencia.
- **Base de datos de pagos abiertos de CMS:** solo con fines informativos, la base de datos de pagos abiertos es una herramienta federal que se utiliza para buscar pagos realizados por compañías de medicamentos y dispositivos a médicos y hospitales docentes. Se puede encontrar en <https://openpaymentsdata.cms.gov>.

FIRMA DE LA PACIENTE

- Autorizo la divulgación de la información necesaria para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica.
- Autorizo la asignación de beneficios para los servicios prestados por MoZaic Care, Inc.
- Autorizo a mi plan de atención médica a emitir un pago a MoZaic Care, Inc. por los servicios prestados.
- Entiendo que soy responsable de las tarifas no cubiertas por mi plan de atención médica, que incluyen, entre otras, los copagos, los deducibles, los coseguros y otras tarifas.
- He leído, entiendo las políticas financieras de MoZaic Care, Inc. y acepto respetarlas.

Al firmar a continuación, usted acepta cumplir con las políticas descritas anteriormente.

Nombre de la paciente:Firma de la paciente:Fecha:

Nombre del testigo:Firma del testigo: Fecha: