

CONVENIO FINANCIERO

PACIENTES CON SEGURO:

Es importante que comprenda las ventajas y limitaciones de la cobertura de su seguro. La cobertura no garantiza el pago del seguro. Comuníquese con su aseguradora para obtener más información sobre su responsabilidad financiera según su plan.

Axis exige que sus beneficios se *asignen* a este para que la aseguradora los pague directamente y divulgue los expedientes únicamente a los efectos del pago. Axis participa en Medicare, Medicaid, Child Health Plan Plus (CHP+) y demás programas de seguros públicos o privados. Empleamos a profesionales cualificados; puede que algunos profesionales no estén contratados por su aseguradora debido a requisitos contractuales. Cuando esto ocurre, puede que su aseguradora no pague por los servicios. Su seguro puede pagar una parte de la reclamación; en todo caso, usted es el responsable en última instancia por pagar los servicios recibidos. Axis le enviará por correo un estado de cuenta con el saldo adeudado cada mes; el pago debe efectuarse en un plazo de 30 días. Es posible que reciba extractos separados por los diferentes tipos de servicios prestados en nuestras clínicas. Si recibe servicios de laboratorio como parte de la consulta, es posible que su seguro no cubra el cargo de nuestro proveedor. Sin embargo, usted podría optar a nuestro programa de descuento variable de tarifas y lograr que se descuenten las tarifas de laboratorio. Si tiene preguntas sobre nuestro programa, la elegibilidad o la solicitud, póngase en contacto con el personal de recepción de su clínica. Tiene derecho a optar por que no se le facture a su seguro. Si tiene alguna pregunta sobre la exclusión voluntaria o su estado de cuenta, envíe un correo electrónico a nuestro Departamento de Facturación en billing@axishealthsystem.org.

SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN:

Sus datos personales están seguros con Axis. Axis utiliza esta información para la prestación de servicios, la presentación de reclamaciones y la identificación y comunicación en relación con la atención médica. Estamos obligados a obtener información demográfica que incluye su número de seguridad social. La negativa a suministrar información puede constituir la denegación del servicio.

SOLO PARA PROGRAMAS DE TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS (SUBSTANCE USE DISORDER, SUD) DE LA PARTE 2:

Para facturar a su seguro los servicios de SUD (programas de la Parte 2), debe divulgar a este que está recibiendo estos servicios rellenando el *Consentimiento del paciente para el uso y divulgación de información médica protegida de Axis Health System*. Usted comprende que tiene la opción de que Axis no facture a su seguro, lo que significa que asumirá toda la responsabilidad financiera del pago de todos los tratamientos que se produzcan en Axis, pudiendo afectar a todas las especialidades, en función de sus ingresos declarados. Tiene la opción de enviar independientemente los estados de cuenta de facturación a su seguro, y puede consultar con un especialista en facturación de Axis si necesita ayuda.

RECONOCER Y ACEPTAR EL PAGO:

Al firmar a continuación, reconoce su responsabilidad de pagar por cualquier servicio prestado por Axis. También reconoce que se le pueden facturar varios servicios en el mismo día si recibió tanto los servicios de salud mental como los de atención primaria y dental. Axis se reserva el derecho de limitar, reprogramar o negar el tratamiento a cualquier persona que no pueda pagar en el momento del servicio. Para su comodidad, aceptamos efectivo, cheque o tarjeta de crédito como forma de pago.

Autorizar la asignación de beneficios: asignar todos los beneficios médicos de mi cobertura a Axis por los servicios que me presta. Además, mi firma autoriza y ordena a mis aseguradoras, inclusive Medicare, los seguros privados y cualquier otro plan de salud, a emitir el pago directamente a Axis por los servicios prestados.

Convenir en mi responsabilidad financiera: reconozco y comprendo que los copagos de mi seguro son pagaderos en el momento del servicio y que soy responsable por cualquier cantidad que no cubra mi seguro, lo que puede incluir coseguros, deducibles o reclamaciones denegadas debido a la contratación. Usted es responsable por cualquier saldo adeudado, independientemente de la cobertura del seguro. Si alguna cuenta se atrasa, Axis se reserva el derecho de cobrar estos saldos antes de programar cualquier cita futura. Las cantidades vencidas pueden implicar a una agencia de cobros con el costo adicional de los honorarios de los abogados, el costo del tribunal y cualquier otra tarifa adicional que pueda añadirse al saldo del paciente o del garante.

Entiendo y convengo en cumplir con lo anterior en lo que se refiere a mis obligaciones financieras como paciente.

Firma del paciente o tutor legal: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____

Nombre del tutor legal (en letra de imprenta): _____

| | | | | | |
|---|--|-------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| <p>Es importante que recibamos una copia del frente y reverso de su(s) tarjeta(s) del seguro médico para garantizar una facturación correcta.</p> <p>Por favor traiga las copias a su cita o envíelas por correo electrónico a billing@axishealthsystem.org.</p> | | | | | |
| Nombre de Paciente | | | | Fecha de Nacimiento | |
| GARANTE – (¿Quién es el responsable financiero de este paciente?) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Otra Persona | | Nombre de la Persona Garante | | | |
| Relación con el/la Paciente | | | | Fecha de Nacimiento | |
| Sexo Registrado con su Seguro Médico | | | | Número de Teléfono | |
| <input type="checkbox"/> ¿Comparten la misma dirección? <input type="checkbox"/> Si Es diferente, por favor proporcione su | | | Calle y Número | | |
| Ciudad | | | Estado | | Código Postal |
| COVERTURA DE SEGURO MÉDICO | | | | | |
| Seguro Médico Primario | | | Seguro Médico Secundario | | |
| Nombre del Seguro: | | | | Nombre del Seguro: | |
| Número de Miembro: | | | | Número de Miembro: | |
| Número de grupo: | | | | Número de grupo: | |
| Fecha de Vigencia: | | | | Fecha de Vigencia: | |
| Dirección para Solicitudes: | | | | Dirección para Solicitudes: | |
| <input type="checkbox"/> Sin Seguro/Pago por Cuenta Propia | | | | | |
| Tamaño de la Familia | | | Ingresos | | Ciclo de Ingresos |
| <p>Axis Health System ("Axis") se compromete a garantizarle el acceso a nuestros servicios. Como organización sin fines de lucro, recibimos financiamiento de fuentes locales, estatales, federales y de subvenciones, y es nuestra obligación recopilar información financiera de nuestras personas pacientes para continuar recibiendo este financiamiento.</p> <p>Algunas de estas opciones incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se ofrecen tarifas con descuento para personas pacientes calificadas que puedan no estar en capacidad de pagar el costo total de los servicios. Axis ofrece una escala de tarifa variable basada únicamente en los ingresos y el tamaño del hogar. • Servicios especiales financiados por subvenciones. • Cobertura de atención médica financiada públicamente, como Medicaid o CHP+. <p>Al no proporcionar esta información financiera, podría no ser elegible para recibir asistencia financiera para su atención. Toda la información proporcionada permanecerá confidencial.</p> | | | | | |

Al firmar a continuación, certifico que la información arriba mencionada es verdadera y precisa.

Firma de la persona paciente o tutora legal: _____ **Fecha:** _____