

## **Póliza Financiera**

Gracias por elegir KU Wichita Medical Practice Association para su atención médica. Apreciamos que nos haya confiado su atención médica y estamos comprometidos a brindarle la mejor atención al paciente posible. Debido a que los beneficios de atención médica y las opciones de cobertura se han vuelto cada vez más complejos, hemos desarrollado esta póliza financiera para ayudarlo a comprender mejor sus derechos y responsabilidades como paciente.

### **Cobertura de seguro**

Para la comodidad del paciente, presentaremos reclamaciones ante su plan de seguro, si se nos proporciona información válida del seguro. Es responsabilidad del paciente poner a nuestra disposición información precisa y detallada del seguro para permitir el procesamiento de las reclamaciones. Se considera que el paciente paga por su cuenta propia sin información válida del seguro.

El paciente es responsable de notificar a nuestra oficina sobre cualquier cambio de seguro. Las pólizas de seguro son un acuerdo entre el paciente y su compañía de seguros. Se espera que el paciente conozca los beneficios de su seguro, incluidos el deducibles y los copagos.

### **Referencias/Autorizaciones**

Es responsabilidad del paciente obtener una referencia de su médico de atención primaria antes de la visita programada. Si no se obtiene una referencia, el paciente acepta toda la responsabilidad financiera total por todos los servicios prestados.

### **Cambios de dirección/número de teléfono**

Es importante que tengamos registrada su dirección y teléfono correctos. Por favor, notifiquenos cada vez que haya un cambio en su dirección, teléfono o información de contacto. Si no se actualiza nuestra oficina de cambios, se retrasará el proceso de facturación de su cuenta.

### **Ley Sin Sorpresas/Estimación de Buena Fe**

KU Wichita MPA producirá una "*Estimación de Buena Fe*" en el momento de la visita si lo solicita el paciente que paga por su cuenta. La estimación de buena fe proporciona una cotización del costo del tratamiento antes de que se realicen los servicios. El paciente puede autorizar al proveedor a continuar o detener el tratamiento según su situación financiera actual. Se pueden proporcionar detalles adicionales de la Ley Sin Sorpresas al paciente si lo solicita.

### **Pago por cuenta propia**

Los pacientes que pagan por cuenta propia son pacientes sin cobertura de seguro. Si no tiene cobertura de seguro, es elegible para un 35% de descuento en los servicios. El pago vence en el momento en que se prestan los servicios.

### **Copago**

Los copagos se deben pagar en el momento del servicio. Si no puede pagar su copago, llame para reprogramar su cita para una fecha que sea conveniente para usted.

### **Billing Department**

1010 N Kansas, Suite 3049 | Wichita, KS 67214-3199 | (316) 293-3429 | Fax: (316) 293-1882

**Saldos pendientes**

Si no puede pagar su saldo en su totalidad, nuestra oficina de facturación puede establecerle un plan de pago. Para continuar siendo tratado por nuestra oficina, requerimos un acuerdo de pago y pagos mensuales realizados en su cuenta. Si su cuenta se vuelve morosa, podría entregarse a una agencia de cobranza. Los saldos impagos pueden resultar en el despido de la práctica.

**Pagos**

Le facturaremos a su seguro los servicios médicos. Una vez que hayan pagado, si hay un saldo adeudado de cualquier deducible o coseguro restante, recibirá un estado de cuenta. Si no puede pagar el saldo total adeudado en su estado de cuenta, comuníquese con nuestra oficina de facturación al 316-293-3429.

**Menores**

Para pacientes menores de 18 años, un padre o guardián es responsable del pago.

**Asignación de beneficios**

Por la presente autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar reclamaciones en mi nombre. Solicito que todos los beneficios del seguro se paguen directamente a la Asociación de Práctica Médica UKSM-W por todos los cargos incurridos por mí. Entiendo que soy responsable de todos los cargos incurridos durante mi tratamiento en las Clínicas de la Asociación de Práctica Médica de UKSM-W, independientemente de la cobertura del seguro. Acepto pagar el saldo total de mi cuenta de manera oportuna.

Entiendo la póliza financiera de KU Wichita MPA y la cumpliré.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del Paciente o Parte Responsable

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente

Esperamos poder brindarle atención de calidad. Si tiene alguna pregunta o inquietud adicional, comuníquese con nuestra oficina de facturación al 316-293-3429.