

PÓLIZA FINANCIERA

efectivo 17/01/2025

Gracias por elegir UKSM 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

Las pólizas de seguro son un acuerdo entre el paciente y su compañía de seguros. Es responsabilidad del paciente/tutor conocer los beneficios de su seguro, que incluyen copagos, deducibles y coseguro.

Para comodidad del paciente, presentaremos sus reclamos a la póliza de seguro que el paciente/tutor nos haya proporcionado. Es responsabilidad del paciente/tutor hacer que la información precisa y detallada de la póliza de seguro este disponible, dentro de los límites de presentación oportuna del plan, para permitir el procesamiento de reclamos. Si no se proporciona información precisa sobre la póliza de seguro, dentro de los límites de presentación oportuna del plan de seguro, el paciente/tutor puede convertirse en financieramente responsable de los cargos. Se considerará que el paciente paga por cuenta propia si no se recibe información válida de la póliza de seguro.

El paciente es responsable de notificar a nuestra oficina de cualquier actualización de la póliza de seguro.

Pago por cuenta propia

Los pacientes que pagan por cuenta propia son pacientes sin cobertura de póliza de seguro. Si no tiene cobertura de seguro, eres elegible para un 35% de descuento en servicios profesionales. Para recibir el descuento del 35%, el pago debe realizarse en el momento en que se prestan los servicios.

La Ley de Portabilidad y Asequibilidad del Seguro Médico (HIPAA) permite a los pacientes optar por no utilizar los beneficios de su seguro y pagar los servicios por adelantado. Si el paciente/tutor decide no participar, tiene derecho a solicitar la restricción de su información de salud a su compañía de seguros, el paciente/tutor debe solicitar completar el formulario de exclusión voluntaria del intercambio de información médica. Si el paciente/tutor elige optar por no utilizar los beneficios del seguro para los servicios, debe completar el formulario de Elección del paciente para pagar los servicios por su cuenta en cada visita y pagar los servicios por adelantado; se aplicará el descuento del 35%.

Copago

Un copago es una cantidad fija en dólares que su seguro médico exige que el paciente/tutor pague por adelantado por un servicio cubierto. Los copagos vencen en el momento del servicio. Si no puede pagar su copago en el momento del servicio, llame a la oficina para reprogramar su cita en una fecha que sea conveniente para usted.

Deducibles y coseguros

Un deducible es la cantidad que usted paga por la cobertura de los servicios antes de que su plan de seguro médico entre en vigencia. Después de alcanzar su deducible, paga un porcentaje de los gastos de atención médica conocido como coseguro. El monto que paga por su deducible y coseguro depende de su plan de seguro.

Saldos y pagos

Facturamos a su póliza de seguro los servicios médicos. Una vez que su póliza de seguro haya pagado, si hay un saldo adeudado de su deducible o coseguro, recibirá un estado de cuenta del paciente. Si no puede pagar su saldo en completo, ofrecemos planes de pago y usted puede ser elegible para completar un formulario de asistencia financiera. Nuestra oficina exige que se establezca un acuerdo de pago y que se realicen pagos mensuales si el saldo no se paga en su totalidad. Si su cuenta se vuelve morosa, podría ser remitida a una agencia de cobranza externa. Los saldos impagos pueden resultar en el despido de nuestra práctica. Si no puede pagar el saldo total adeudado en su estado de cuenta, comuníquese con nuestra oficina de facturación al 316-293-3429 para hacer arreglos de pago.

Declaraciones de pacientes

Los declaraciones de los pacientes se generarán después de que la Asociación de Práctica Médica de UKSM Wichita haya recibido el pago de su compañía de seguros. Se pueden utilizar métodos de comunicación, incluidos, entre otros, correo electrónico y mensajes de texto, para comunicarse con un paciente con respecto a su saldo. Los pacientes reciben automáticamente mensajes de voz, mensajes de texto y recordatorios por correo electrónico sobre su saldo. Para optar por no participar, envíe un aviso verbal o escrito a una recepcionista de la Asociación de Práctica Médica de UKSM Wichita o a la oficina comercial.

Ley Sin Sorpresas/Estimación de Buena Fe

La Asociación de Práctica Médica de UKSM Wichita producirá una "*Estimación de buena fe*" si lo solicita el paciente/tutor que paga por su cuenta. Las estimaciones de buena fe proporcionan 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 de No Sorpresas al paciente si lo solicita.

Referencias y autorizaciones

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

Dirección y números de teléfono

Es responsabilidad del paciente/tutor notificar a nuestra oficina cada vez que haya un cambio en su dirección, teléfono, seguro o información de contacto. Si no se actualiza nuestra oficina de cambios, se retrasará el proceso de facturación de su cuenta y puede resultar en una remisión a una agencia de cobro externa.

Entiendo que soy responsable de todos los cargos incurridos durante mi tratamiento en las Clínicas de la Asociación de Práctica Médica de UKSM, independientemente de la cobertura del seguro. Acepto mantener mi cuenta actualizada y a hacer los arreglos financieros necesarios.

Entiendo la póliza financiera de la Asociación de Práctica Médica de Wichita de UKSM y la cumpliré.

Firma del Paciente o Parte Responsable

Fecha

Nombre impreso del Paciente o Parte Responsable

Relación con el paciente