

Acuerdo Financiero

Acuerdo Financiero y Asignación de Beneficios del Seguro

Entiendo que una póliza de seguro es un acuerdo entre la compañía de seguros y yo y que Prairie View no es parte de ese acuerdo. Prairie View y mi(s) compañía(s) de seguros tienen el derecho a platicar acerca de mis beneficios de seguro. Prairie View podría ayudarme a llenar los formularios necesarios para recibir beneficios de mi(s) compañía(s) de seguros. Cualquier cantidad pagada directamente a Prairie View en mi nombre será acreditada a mi cuenta.

Para ser elegible para una cuota ajustada por servicios de paciente ambulatorio como residente de los condados de Harvey, Marion, y McPherson, se deberán entregar a Prairie View formularios con información y firmados. Los cargos por el tratamiento de Prairie View serán facturados a mi(s) compañía(s) de seguros. Los fondos serán utilizados para compensar la diferencia entre el cargo por el tratamiento y el total combinado de los pagos de la aseguradora y la cuota ajustada.

MI FIRMA ABAJO IMPLICA QUE:

- Certifico que toda la información provista, incluyendo la información relacionada con ingresos y cualquier cobertura médica de terceros es correcta.
- Entiendo claramente y estoy de acuerdo en que los pagos por todos los servicios son mi responsabilidad y que cualquier cantidad por deducibles/copagos serán adeudados en el momento de recibir el servicio. Prairie View podría contactar a la parte responsable del paciente en relación con la cuenta financiera.
- Entiendo claramente que Prairie View podría utilizar una agencia de cobranzas para recuperar los saldos no pagados en caso de que yo no pague por los servicios prestados que sean mi responsabilidad financiera. Si soy enviado a una agencia de cobranza, comprendo que mi acceso a futuros servicios de Prairie View podría verse afectado.
- Solicito que el pago por servicios suministrados por Prairie View se le hagan directamente a Prairie View. En el caso de que la compañía de seguros me pague directamente, yo estoy de acuerdo en pagarle oportunamente a Prairie View.
- Reconozco que he recibido una copia de la hoja "Missed Appointment Information" (Información sobre Citas Perdidas).
- Reconozco que se me ha proporcionado la "Notificación de Prácticas de Privacidad" de Prairie View, las cuales describen como Prairie View usa y divulga la información protegida de salud. Si la Notificación es modificada, la Notificación Revisada será desplegada prominentemente y habrán copias impresas disponible con previa solicitud.
- Reconozco que se me ha proporcionado el documento sobre *Derechos y Responsabilidades del Paciente* así como una *Hoja de Tarifas de Prairie View*, y se me ha explicado dicha información.

Nombre del paciente **en letra de molde**

Firme
Aquí

Firma del paciente

o

Nombre del representante **en letra de molde**

Firme
Aquí

Firma del representante

Fecha: _____ Hora: _____

Descripción de la Autoridad del Representante
(Por ejemplo, Padre, Tutor, Poder Notarial, etc.)

Representante de Prairie View

Date: _____ Time: _____

Fecha: _____ Hora: _____