



Public Health
Prevent. Promote. Protect.

NORTHEAST HEALTH DISTRICT - POLÍTICA FINANCIERA

- No tengo seguro
 Tengo seguro

CLIENTE SIN SEGURO

Reconozco que, como cliente que paga por mí mismo, soy responsable del costo de los servicios recibidos, si corresponde, y se espera que pague en el momento en que se presta el servicio.

CLIENTE CON SEGURO

Reconozco que debo proporcionar mi (s) tarjeta (s) de seguro en cada visita. Esto garantiza que la información recopilada por este Departamento de Salud del Condado sea correcta y que mi plan esté actualizado y sea un plan participante para este proveedor. Proporcionar tarjetas vencidas, tarjetas con información incorrecta o tarjetas de seguro equivocadas puede causar demoras innecesarias en el pago de mi reclamo, y el saldo en última instancia puede convertirse en mi responsabilidad financiera total. Si no puedo proporcionar toda la información de mi seguro en su totalidad, se me cobrará como cliente que paga por mí mismo y puedo presentar el recibo a la compañía de seguros para un posible reembolso.

Reconozco que el acuerdo de la compañía de seguros para pagar la atención médica es un contrato entre yo y mi compañía de seguros. Debo dirigir cualquier pregunta o queja relacionada con mi cobertura a mi compañía de seguros. Debo comunicarme con mi compañía de seguros por adelantado para determinar si un servicio está cubierto por mi plan si no estoy seguro de qué servicios están cubiertos.

Reconozco que es mi responsabilidad entender los beneficios médicos cubiertos por mi plan de seguro. Puede haber limitaciones y exclusiones a mi cobertura. Mi parte es establecida por la compañía de seguros. Si no deseo que se presenten reclamaciones a mi compañía de seguros, puedo optar por pagar por mí mismo los servicios en el momento de la visita.

Los servicios no cubiertos son mi responsabilidad

Reconozco que cuando un servicio no está cubierto por mi póliza de seguro, soy responsable del costo de ese servicio. Es mi responsabilidad saber qué servicios están cubiertos por mi póliza de seguro.

Pagos

Reconozco que todos los copagos de la oficina vencen al momento del servicio. Esta es una póliza de la compañía de seguros. Soy responsable de cualquier coseguro, deducibles y cualquier otro servicio facturable no cubierto. Los saldos vencen al recibir el estado de cuenta y pueden emitirse después de que la compañía de seguros pague su parte de la factura.

Laboratorios procesados por una instalación externa

Reconozco que mi trabajo de laboratorio puede enviarse a un laboratorio externo para su procesamiento (Quest o LabCorp). El laboratorio externo me puede facturar por separado y se pueden aplicar copagos, deducibles o coseguros. Mi compañía de seguros de salud determinará la cobertura y el pago, así como la cantidad de la que soy responsable; por lo tanto, también puedo recibir una factura separada del laboratorio.

Archivo de seguros y la ley

La ley federal requiere que el Departamento de Salud presente con precisión las reclamaciones a las compañías de seguros y que informe los servicios exactos realizados y los motivos exactos por los que se realizaron dichos servicios. Nuestro Departamento de Salud está sujeto a estas leyes y presentará reclamos a todas las compañías de seguros de esta manera. El Departamento de Salud no está autorizado a cambiar esta información solo por lo que una compañía de seguros pagará la reclamación. Es su responsabilidad entender su plan de seguro.

Apellido del cliente: _____ Nombre del cliente: _____

Información del representante del cliente (si está firmando para el cliente):

Apellido: _____ Nombre de pila: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con el cliente: _____ Carrera: _____ Sexo: _____

Firma del cliente / representante: _____ Fecha: _____