

**Midwest Health Partners, P.C.**

**Liberación y Asignación**

Esta forma de registro de pacientes debe ser completada y firmada por la parte responsable/consentimiento previo al tratamiento. Midwest Health Partners considera que esta información una condición de tratamiento. Autorizo a los proveedores de MWHP para administrar medicamentos, anestésicos y realizar los procedimientos que juzgue necesario en el diagnóstico y tratamiento del paciente. Yo autorizo la publicación de cualquier información médica sobre esta visita a mi médico del seguro o de atención primaria y también asignar al proveedor todos los pagos del seguro. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos o no pagado por el seguro. Entiendo que no todos los proveedores en MWHP pueden ser un proveedor participante con mi seguro y soy responsable por cargos no cubiertos por mi seguro.

**La firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Autorización para la liberación de la información**

Autorizo a Midwest Health Partners para liberar información de mi expediente médico. Esto puede incluir, sin limitarse a: registros médicos, facturación y demás información sobre el seguro. Entiendo que esta autorización caducará un año a partir de la fecha de hoy. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificándolo a Midwest Health Partners por escrito y será efectiva en la fecha de notificado salvo en la medida ya se han tomado medidas.

**La firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**La firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Acuse de recibo del aviso de prácticas de privacidad**

He recibido el aviso de prácticas de privacidad (HIPAA) de Midwest Health Partners y entender la política de privacidad con respecto a mis derechos.

**La firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Política financiera**

**El siguiente es Midwest Health Partners, política financiera P.C. que le pedimos que lea y firme antes del tratamiento.**

**Pago.** Todos los pacientes con seguro válido están obligados a pagar cualquier copago aplicable. Si no aplicar un copago, se le pedirá pagar un mínimo del 20% de sus servicios, independientemente de su porcentaje de deducible o coaseguro. El equilibrio es su responsabilidad si su seguro paga o no. Pacientes sin seguro están obligados a pagar total en el momento del servicio. Una parte de su visita puede facturarse a través de un laboratorio exterior, servicio de anatomía patológica, consultores de imagen médica u otro centro de radiología dependiendo del tipo de tratamiento recibido. No garantizamos que servicios exteriores se le contrató con su compañía de seguros. En caso de que tu seguro no pagará completo su visita y de un proyecto de ley se requiere, un cargo financiero de 1.25% se evaluó a todos los saldos no pagados total dentro de 30 días de la fecha de declaración. Aceptamos efectivo, cheques, tarjetas de débito VISA/MASTERCARD/DISCOVER.

**Planes de seguro.** Información válida de Nebraska Medicaid de seguro y/o deberá obtenerse antes del tratamiento o el pago es debido en todo. Si han solicitado Medicaid de Nebraska, pero aún no han sido aceptadas, prueba escrita de su aplicación debe ser obtenida de servicios de salud y humanos de Nebraska y presentada en el momento de su nombramiento, o pago total es requerido. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y nuestra compañía de seguros y no somos parte de ese contrato. Es su responsabilidad para ver si el proveedor que usted está viendo es contratado con su compañía de seguros cada vez que se ven.

**Lesiones de trabajo.** Se presentar reclamaciones de indemnización de los trabajadores con su empleador para presentarse con portador de remuneración de sus trabajadores. Requerimos una copia de información de cobertura de seguro de salud aplicable para presentar un reclamo con esta cobertura en el caso de portador de compensación del trabajador niega su reclamo. Escrito o autorización del teléfono de su empleador antes del tratamiento. En caso de que no obtiene autorización, se le cobrará cualquier compañía de seguros de salud aplicable o el pago es completo es debido al tiempo de servicio. Si usted recibe autorización de su empleador después del tratamiento, nuestro Departamento de cuentas por cobrar deberá notificarse al (402) 379-2322 ext 180.

**Tarifas normales y habituales.** Nuestra práctica está comprometida a proporcionar el mejor tratamiento para nuestros pacientes y cobramos lo que es usual y habitual en nuestra zona. Usted es responsable de pago independientemente de la determinación arbitraria de cualquier compañía de seguros de tarifas normales y habituales.

**Menores de edad.** Pacientes menores deben ser acompañados por un adulto o ser capaces de proporcionar un consentimiento firmado para recibir tratamiento médico antes de ser vistos. Los adultos/padres acompañando a un menor de edad es responsable del pago completo. Menores que reciben tratamiento de emergencia no se negará a menos que los cargos previamente autorizados para el pago por Visa/MasterCard/Discover, tarjetas de débito o pago en efectivo o consultar en el momento del servicio.

**Colecciones.** Nos reservamos el derecho de remitir cualquier cuenta a un tercer partido colección Agencia/abogado en cualquier momento determinamos la cuenta a ser incobrables/delincuente. Nuestra agencia de colección informes de deudas incobrables. Pacientes/garantes con una historia de colecciones anteriores con Midwest Health Partners se pedirá que pagar total a la hora de la cita o hacer un depósito si los cargos de nombramientos no están determinados aún.

**He leído y estoy de acuerdo con la política financiera.**

**Firma del responsable:** \_\_\_\_\_ **Relación de la parte responsable:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_