

Midwest Health Partners, P.C.

**LIBERACIÓN Y ASIGNACIÓN**

Este formulario de registro del paciente debe ser completado y firmado por la parte responsable/consentimiento antes del tratamiento. Midwest Health Partners considera que esta información es una condición para el tratamiento.

Autorizo a los proveedores de MWHP a administrar medicamentos, anestésicos y realizar los procedimientos que se consideren necesarios en el diagnóstico y tratamiento del paciente. Autorizo la divulgación de cualquier información médica relacionada con esta visita a mi seguro o médico de atención primaria y también asignó todos los pagos del seguro al proveedor. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sea que los pague o no el seguro. Entiendo que no todos los proveedores de MWHP pueden ser proveedores participantes de mi seguro y que soy responsable de los cargos no cubiertos por mi seguro.

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN**

Autorizo a Midwest Health Partners a divulgar información de mi registro médico. Esto puede incluir, entre otros: registros médicos, facturación y otra información del seguro. Entiendo que esta autorización vencerá en un año a partir de la fecha de hoy. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a Midwest Health Partners por escrito y entrará en vigencia en la fecha notificada excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas.

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **RELACIÓN:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **RELACIÓN:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

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

**FIRMA:** \_\_\_\_\_

**POLÍTICA FINANCIERA**

**Lo siguiente es Midwest Health Partners, P.C. política financiera que requerimos que lea y firme antes del tratamiento.**

**Pago .** Todos los pacientes con seguro válido deben pagar cualquier copago aplicable. Si no se aplica un copago, deberá pagar un mínimo del 20 % de sus servicios, independientemente de su deducible o porcentaje de coseguro. El saldo es su responsabilidad, ya sea que su seguro pague o no. Los pacientes sin seguro deben pagar la totalidad al momento del servicio. **Es posible que una parte de su visita se facture a través de un laboratorio externo, un servicio de patología, consultores de imágenes médicas u otro centro de radiología, según el tipo de tratamiento recibido.** No garantizamos que se contratarán servicios externos con su compañía de seguros. En caso de que su seguro no pague la totalidad de su visita y se requiera una factura, se aplicará un cargo financiero del 1,25 % a todos los saldos no pagados en su totalidad dentro de los 30 días posteriores a la fecha del estado de cuenta. Aceptamos efectivo, cheques, VISA/MASTERCARD/DISCOVER y tarjetas de débito.

**Planes de seguro.** Se debe obtener información válida del seguro y/o de Medicaid de Nebraska antes del tratamiento o el pago se debe realizar en su totalidad. Si ha solicitado Medicaid de Nebraska, pero aún no ha sido aceptado, debe obtener una prueba escrita de su solicitud de Nebraska Health & Human Services y presentarla en el momento de su cita, o se requiere el pago total. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros y nosotros no somos parte de ese contrato. Es su responsabilidad ver si el proveedor que está viendo tiene contrato con su compañía de seguros cada vez que lo atienden.

**Lesiones relacionadas con el trabajo.** Presentaremos cualquier reclamo de Compensación para trabajadores con su empleador para que se presente con su aseguradora de Compensación para trabajadores. Requerimos una copia de la información de la cobertura de seguro de salud aplicable para presentar un reclamo con esta cobertura en caso de que la aseguradora de Compensación al trabajador rechace su reclamo. Se requiere autorización por escrito o por teléfono de su empleador antes del tratamiento. En caso de que no se obtenga la autorización, se facturará a cualquier compañía de seguros de salud aplicable o se deberá pagar en su totalidad en el momento del servicio. Si recibe autorización de su empleador después del tratamiento, nuestro Departamento de Cuentas por Cobrar debe ser notificado al (402) 379-2322 ext. 180

**Tarifas usuales y habituales.** Nuestra práctica está comprometida a brindar el mejor tratamiento a nuestros pacientes y cobramos lo que es habitual y habitual en nuestra área. Usted es responsable del pago independientemente de la determinación arbitraria de las tarifas usuales y habituales de cualquier compañía de seguros.

**Menores de edad.** Los pacientes menores de edad deben estar acompañados por un adulto o poder proporcionar un consentimiento firmado para recibir tratamiento médico antes de ser atendidos. El padre/madre/adulto/tutor que acompaña a un menor es responsable del pago total. Los menores no acompañados que reciban tratamiento que no sea de emergencia serán denegados a menos que los cargos hayan sido preautorizados para el pago con tarjetas Visa/MasterCard/Discover/débito, o pago en efectivo o cheque en el momento del servicio.

**Colecciones.** Nos reservamos el derecho de reenviar cualquier cuenta a una agencia de cobro/abogado de terceros en cualquier momento que determinemos que la cuenta es incobrable/morosa. Nuestra agencia de cobranza reporta deudas incobrables. Es posible que se solicite a los pacientes/garantes con un historial de cobros previo con Midwest Health Partners que paguen la totalidad en el momento de la cita o que hagan un depósito si los cargos de la cita aún no se han determinado.

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

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL RESPONSABLE**

\_\_\_\_\_  
**RELACIÓN DEL RESPONSABLE**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**