

DIRECTRICES FINANCIERAS Y DE PAGO

Aviso: Nuestra oficina NO presenta reclamos de seguro de automóviles para visitas relacionadas con accidentes de vehículos motorizados.

- El pago debe efectuarse al momento del servicio. Esto incluye todos los copagos, deducibles y coseguro. Si su compañía de seguros requiere una derivación, es responsabilidad del paciente (o garante) obtener la derivación antes de su cita.
- Autorizo el pago directo de mis beneficios de seguro a Texas Health por los servicios que me prestaron a mí o a mis dependientes.
- Se presentará al seguro el informe de los servicios prestados. Los cargos por servicios no cubiertos por el seguro serán la responsabilidad del paciente o su tutor. Comprendo que es mi responsabilidad conocer los beneficios de mi seguro y si los servicios prestados son beneficios cubiertos o no.
- El paciente o tutor es responsable de notificarle a nuestra oficina cualquier cambio en los datos demográficos o en la información de facturación y seguro.
- Los cargos por servicios fuera de la red que no sean pagados por la compañía de seguros serán la responsabilidad del paciente o de su tutor.
- Texas Health o sus agentes autorizados ofrecerán información médica a la compañía de seguros según sea necesario para efectuar el pago de los reclamos por los servicios prestados.
- Por medio del presente, autorizo que agencias de crédito me realicen consultas y acepto recibir llamadas automáticas con voz artificial o con mensajes previamente grabados, o que se envíen mensajes de texto a mi teléfono celular y a cualquier número de teléfono proporcionado durante mi proceso de registro. Entiendo que tanto Texas Health Resources como sus afiliados o agentes podrían llevar a cabo estos intentos de cobro; dichos afiliados o agentes incluyen, entre otros, empresas de gestión de cuentas, contratistas independientes o agentes de cobranza.
- Entiendo que es posible que reciba una factura aparte si mi atención médica incluye servicios de laboratorio, radiología u otros servicios de diagnóstico. Asimismo, entiendo que tengo la responsabilidad financiera por cualquier copago, deducible o coseguro adeudado por estos servicios en caso de que mi seguro no los reembolse por cualquier motivo.

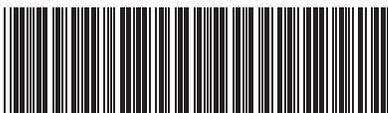
DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN, PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

- Texas Health tiene el compromiso de proteger la privacidad de su información de salud. Ponemos a su disposición una copia de nuestro Aviso de declaración de prácticas de privacidad.
- Autorizo la divulgación de todas mis historias clínicas a especialistas y/o médicos de consulta, en caso de ser aplicable a mi atención y condición.
- Autorizo a cualquier poseedor de mi información médica o de otro tipo a divulgar cualquier información necesaria a la Administración del Seguro Social, Administración de Financiamiento de Atención Médica, sus intermediarios, sus portadores o cualquier otra aseguradora, para que se procese este o cualquier otro reclamo relacionado. Permito que se utilice una copia de esta autorización en lugar del documento original y autorizo que se solicite el pago de beneficios de seguro médico ya sea a mí o a la parte que acepte la asignación. Entiendo que es obligatorio notificarle al proveedor de atención médica sobre cualquier parte que pueda ser responsable del pago de mi tratamiento.
- Además, autorizo y solicito que los pagos del seguro se dirijan a Texas Health.

He leído, he entendido completamente y acepto las anteriores disposiciones relacionadas con las **directrices financieras y de pago, la divulgación de información y la asignación de beneficios, y las prácticas de privacidad.**

Nombre del/de la paciente (en letra de imprenta) / <i>Patient Printed Name</i> _____	Fecha de nacimiento / <i>DOB</i> : _____
Firma del/de la paciente / <i>Patient Signature</i> _____	Fecha / <i>Date</i> _____
Nombre del padre/tutor legal (en letra de imprenta) / <i>Parent/Legal Guardian Printed Name</i> _____	
Firma del padre/tutor legal / <i>Parent/Legal Guardian Signature</i> _____	Fecha / <i>Date</i> _____

FACILITY NAME MUST BE FILLED IN BLANK BELOW



THPGPAYPRIACK



PAYMENT AND PRIVACY ACKNOWLEDGEMENT

CF-0767-068S Rev. 12/20

Page 1 of 1

Patient Name: _____

DOB: _____

MRN: _____