

POLÍTICA FINANCIERA DE SERVICIOS DE SALUD DE MT. BAKER PLANNED PARENTHOOD

El objetivo de Mt. Baker Planned Parenthood (MBPP) es ofrecerle atención médica de alta calidad a un precio accesible. Lea estas políticas atentamente. Si desea obtener una copia, pídala al personal de recepción.

Si NO tiene seguro médico:

- Le ofrecemos una **escala de precios variables** en la mayoría de los servicios de planificación familiar. Los precios varían según los ingresos y la cantidad de integrantes de la familia. Con el fin de ofrecer servicios accesibles, contamos con que usted realice su pago al momento del servicio. Recibirá una factura por cualquier saldo pendiente. Si no puede recibir correspondencia en su hogar por motivos de confidencialidad, le solicitamos que haga otros arreglos de pago con el personal del centro de salud.

Ofrecemos **descuentos en los cargos por el precio total** cuando paga la totalidad de su saldo al momento del servicio (incluido cualquier saldo anterior).

Si tiene seguro médico:

- Su cobertura de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguro. MBPP le facturará a su seguro en su nombre. No obstante, no podemos garantizar que su seguro pagará por la totalidad de sus servicios. No le facturaremos a usted hasta que su compañía de seguro disponga de la reclamación que usted realice. Si su compañía de seguro no paga su reclamación o paga únicamente una parte de su reclamación, volveremos a evaluar sus cargos en función de su categoría de precios variables cuando corresponda. Usted será responsable de pagar este monto. Si no puede efectuar un pago en su cuenta, llame al centro de salud para realizar los arreglos de pago.
- El **copago** debe abonarse al momento del servicio.
- **No puede garantizarse la confidencialidad.** Esto se debe a que la declaración del seguro que detalla sus servicios se envía sistemáticamente al titular de la póliza de seguro. MBPP no tiene ningún control sobre este proceso.
- Si sus servicios incluyen análisis de laboratorio, recibirá **una factura por separado de parte del laboratorio** con los cargos de laboratorio relacionados con los servicios que ofrecemos. El laboratorio le facturará según su programa de precios, sobre el cual MBPP no tiene ningún tipo de control.

Cuentas vencidas. Las cuentas se consideran vencidas 30 días después de la facturación. Si no puede realizar un pago en su cuenta, llame al centro de salud para realizar los arreglos de pago.

Cheques con fondos insuficientes. En el caso de cheques sin fondos o con fondos insuficientes (*non-sufficient funds*, NSF), deberá abonar un cargo de \$7.00 cuando su institución financiera devuelva el cheque sin pagar. Nos contactaremos con usted para solicitar el pago. Si no abona la deuda en el plazo de diez (10) días a partir de la notificación de NSF, se agregará un cargo de \$25.00 a su cuenta.

- Por medio de la presente, certifico que la información del seguro que he proporcionado es verdadera y precisa a la fecha del servicio y que soy responsable de mantenerla actualizada.
- Por medio de la presente, autorizo a MBPP a enviar reclamaciones en mi nombre a la compañía de seguro que brinda los beneficios. Acepto y comprendo totalmente que el envío de la reclamación no me exime de mi responsabilidad de garantizar el pago total de la reclamación. MBPP acepta la determinación del cargo de mi compañía de seguro y soy responsable del deducible, del coseguro y de los servicios no cubiertos.
- Por medio de la presente, instruyo y ordeno a mi compañía de seguro a pagar todos los beneficios del plan que me corresponden directamente a MBPP por todos los beneficios que me corresponden en relación con los servicios prestados.
- Autorizo la divulgación de la información médica y de otro tipo necesaria para procesar la reclamación. Si se indicara otro seguro de salud, mi firma autoriza la divulgación de la información a la aseguradora de la agencia indicada.

Si tiene alguna pregunta acerca de estas políticas, hable con el Gerente o Supervisor de la Clínica.

Comprendo y acepto cumplir las políticas anteriores.

Para uso de la oficina únicamente

Nombre (en letra de imprenta)

N.º de paciente

Firma

Fecha