



RESPONSABILIDAD FINANCIERA Y AUTORIZACIÓN

| | | |
|--------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| Nombre del paciente | Identificación del Paciente | Fecha de nacimiento del paciente |
| Nombre de la parte responsable | Relación con el paciente | |

Lo siguiente describe la política de responsabilidad financiera de Chestnut Health Systems. Esta política se aplica a todos los lugares donde se prestan servicios. El personal lo ayudará a revisar y explicar este formulario antes de su cita. Lea cada sección y sus iniciales.

Política de pago

Inicial: _____

Si estamos facturando al seguro o a otros pagadores en su nombre, usted será responsable de los copagos, coaseguros y deducibles requeridos en el momento del servicio. En el caso de que usted pague por sus servicios, el pago completo se espera en el momento del servicio a menos que se hagan arreglos alternativos con nuestra oficina de negocios.

Responsabilidad por el pago

Inicial: _____

Chestnut Health Systems participa con varias compañías de seguros importantes, así como con pagadores federales, estatales y locales. Si proporciona su tarjeta o tarjetas de seguro actuales y la información en su visita vamos a facturar a su compañía de seguros como cortesía para usted. Animamos a todos los pacientes a que entiendan sus beneficios médicos. Si necesita más aclaraciones, póngase en contacto con su compañía de seguros directamente. Los beneficios cotizados o los servicios autorizados por su compañía de seguros **no** garantizan el pago de los servicios. Usted será responsable de los copagos, coaseguros y deducibles requeridos por su plan de seguros u otros pagadores. Una vez que su reclamo haya sido procesado por su pagador, se le cobrará el saldo restante.

Si tiene alguna obligación financiera identificada por su(s) pagador(es), recibirá un estado de cuenta detallado en el que se identificarán los cargos incurridos y cualquier pago recibido durante el período del estado de cuenta y la cantidad adeudada. Todo saldo adeudado debe pagarse íntegramente en un **plazo de 30 días** a partir de la recepción de dicho estado de cuenta, a menos que se hagan arreglos de pago alternativos con nuestra oficina comercial.

Las cuentas que no se paguen íntegramente en un plazo de **90 días** se consideran morosas y pueden asignarse a una agencia de cobro. Si su cuenta entra en mora y es remitida a una agencia de cobranza, usted será responsable de cualquier cobranza u honorarios legales que se impongan.

Revelación de información

Inicial: _____

Autorizo a Chestnut a revelar u obtener de mi compañía de seguros, Medicare/Medicaid, o cualquier tercero pagador o fuente de financiación cualquier información necesaria para obtener la autorización y el pago de los servicios que se me presten.

Asignación de beneficios

Inicial: _____

Autorizo y ordeno que todo el producto del seguro pagadero por los servicios prestados por Chestnut a mí se pague directamente a Chestnut y por la presente cedo a Chestnut todo el interés y los derechos para reclamar, cobrar y recibir el producto de cualquier compañía de seguros que proporcione cobertura para estos servicios. Cualquier pago recibido por Chestnut de mí o de mi compañía de seguros puede ser aplicado para compensar cualquier saldo en mi cuenta.

Determinación de la asistencia financiera (Solo Illinois)

Inicial: _____ N/A

Chestnut recibe financiación estatal y local para ayudar a cubrir los costos del tratamiento de las personas que no tienen los medios para pagar el costo total de los servicios. Para recibir asistencia financiera, entiendo que debo completar los campos que aparecen abajo y proporcionar la documentación de apoyo necesaria.

1. Yo estoy/ no estoy empleado actualmente.
2. Yo recibo/ no recibo subsidios de desempleo.
3. Los ingresos actuales de mi familia/vivienda son de \$ _____.
4. Tengo _____ dependientes, incluido yo mismo.
5. Yo estoy/ no estoy recibiendo actualmente asistencia médica bajo los programas de Medicare o Medicaid.
6. Entiendo que si califico para recibir asistencia, los honorarios por los servicios que se me presten se basarán en una escala móvil y me comprometo a pagar los siguientes copagos indicados a continuación:

Programa de consumo de sustancias Por servicio/por día

Programa de Salud Mental Por servicio/por día

Centro de Salud Familiar Chestnut Por servicio/por día

\$ _____

\$ / % _____
(Encierre una)

\$ _____

Confirmo que me han dado copias de lo siguiente:

Inicial: _____

- Formulario de autorización de responsabilidad financiera (este documento está firmado y fechado)
- Lista de tarifas de los sistemas médicos de Chestnut
- Política de pago de los sistemas médicos de Chestnut

Firma

Mi firma a continuación indica que la información proporcionada es verdadera. Entiendo que si alguna de las informaciones anteriores es falsa, no tendré derecho a recibir asistencia financiera y tendré que pagar la totalidad de los honorarios de Chestnut. Entiendo que tengo el derecho de revisar y copiar la información que permito que se revele.

Nombre en letra de molde de la parte responsable

Fecha

Firma de la parte responsable

Fecha

Firma del testigo

Fecha

FOR STAFF USE ONLY

Proof of Income Documents Provided

- Paycheck/Unemployment Stub
- W-2
- Proof Of Unemployment
- 1040 (Tax Return)
- Other:

Patient Name:

ID#: