



PAGO POR SI MISMO / BENEFICIOS LIMITADOS COMPENSACION DEL TRABAJADOR / ACCIDENTE AUTOMOVILISTICO

Fecha de Servicio: _____ For Office Use Only: MRN#: _____

Este aviso proporcionará información con respecto a su responsabilidad para el pago de la visita de hoy.

Si usted tiene: **NO posee seguro médico o aseguranza.**

Seguro médico comercial con el que PHA no tiene contrato.

O Seguro médico del estado con beneficios limitados.

Una porción del cobro total del chequeo preventivo o visita se cobrará antes de ver al Médico o Enfermera Médica, ya que no sabemos qué servicios adicionales se le proveerán durante la visita a cada niño. Por favor vea a la recepcionista después de su cita para pagar cualquier **servicio adicional que pueden incluir, entre otros, vacunas, análisis de laboratorio, formularios de detección o recibirá una factura por correo.** Nosotros aceptamos efectivo, cheques, Discover, Visa, MasterCard y American Express.

Si su visita es resultado de una lesión de **un accidente automovilístico o compensación del trabajador**, nosotros enviaremos la cuenta al seguro médico que tenemos registrado. Nosotros le avisaremos sobre la determinación del reclamo y le proporcionaremos un formulario de reclamo de seguro de salud si hay un saldo pendiente para enviarlo a su proveedor de servicio de auto o a su empleador para su posterior procesamiento. Usted será responsable por el pago del saldo de la cuenta dentro de los 30 días posteriores a la determinación.

Si usted tiene **un seguro médico comercial con el cual PHA tiene contrato, pero no podemos verificar su cobertura**, se espera el pago al momento del servicio tal como se ha establecido anteriormente. Usted tiene 30 días a partir del día del servicio para proporcionarle a nuestra oficina una copia de su tarjeta de seguro médico o aseguranza y nosotros presentaremos su reclamo de pago. Por favor tenga en cuenta que no podemos enviar cuentas o reclamaciones que no tengan asignado nuestro número de sitio y médico primario (PCP).

Su firma se requiere por la comprensión y entendimiento de nuestra póliza de la visita de hoy.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Garante: _____ Firma del Garante: _____

Pacientes con aseguranza YouthCare

PHA puede facturar a los miembros por servicios NO cubiertos por YouthCare o por copagos, deducibles o coseguros aplicables según lo define el estado de Illinois.

Entiendo que, en la opinión de PHA, los servicios que he solicitado que se brinden al paciente pueden no estar cubiertos por el Programa de Atención Integrada por ser razonables y médicamente necesarios para la atención del paciente. Entiendo que YouthCare, a través de su contrato con el Departamento de Atención Médica y Servicios Familiares de Illinois, determina la necesidad médica de los servicios que solicito que el paciente reciba.

También entiendo que soy responsable del pago de los servicios que solicito para el paciente si se determina que estos servicios no son razonables y médicamente necesarios para la atención del paciente.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Garante: _____ Firma del Garante: _____