



## Política financiera

Gracias por elegir Umpqua Chiropractic como parte de su equipo de atención médica. Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención posible. Para lograr este objetivo, necesitamos su ayuda para comprender nuestra política de pagos. Por favor, entienda que el pago de sus facturas se considera parte de su tratamiento. Lea lo siguiente y seleccione la opción de pago correspondiente a continuación.

**Para todos nuestros pacientes asegurados:** Como cortesía hacia usted, presentaremos sus reclamaciones a su seguro en su nombre. Sin embargo, su factura siempre es su responsabilidad. El seguro es un acuerdo entre usted y su compañía de seguros, no entre su seguro y esta clínica. Es importante que comprenda sus beneficios de salud y accidentes descritos en su póliza. Hay muchas variaciones en las pólizas de seguro. Es de su mayor interés llamar a su compañía de seguros para determinar sus beneficios de Quiropráctica y Terapia Física. Como cortesía a nuestros pacientes, nuestra oficina también intentará comunicarse con su compañía de seguros para verificar cobertura y beneficios, **PERO esto no garantiza lo que la compañía de seguros pagará.** Nuestra oficina hará todo lo posible por **ESTIMAR** cuál será su parte del paciente en cada visita. Se le enviará un estado de cuenta por cualquier diferencia entre el monto pagado en cada visita y el monto real adeudado una vez que sus reclamaciones hayan sido procesadas y pagadas. Si su compañía de seguros no procesa una reclamación por cualquier motivo, se le requerirá pagar los servicios y solicitar el reembolso a su compañía de seguros.

Todos los saldos de cuenta deben pagarse dentro de los treinta (30) días posteriores a la finalización del procesamiento del seguro. Las cuentas con más de noventa (90) días se consideran morosas. Si su cuenta se vuelve morosa, no se programarán citas adicionales hasta que se hayan hecho arreglos para pagar su cuenta.

Entiendo y acepto la política financiera anterior y cumpliré con los términos de la **OPCIÓN DE PAGO** que he seleccionado a continuación.

### Opciones de pago: (por favor seleccione su opción)

■ **Medicare:** Medicare solo cubre la parte del ajuste de su visita después de que se haya satisfecho su deducible anual de 2026 de \$283.00. El coseguro debe pagarse en el momento del servicio cuando no haya seguro secundario disponible. **MEDICARE NO CUBRE EXÁMENES, TERAPIA NI SUMINISTROS.** Los servicios no cubiertos por Medicare deben pagarse en el momento del servicio. Se requerirá un ABN firmado (Aviso Anticipado al Beneficiario) para todos los servicios no cubiertos o que se crea que no estarán cubiertos. El deducible se facturará y deberá pagarse dentro de los treinta (30) días posteriores al procesamiento del seguro.

■ **Seguro médico privado:** Debe proporcionarnos una copia de su tarjeta de seguro médico. Los copagos, coseguros y montos de deducible deben pagarse en el momento en que se prestan los servicios. Los servicios que no estén cubiertos por su plan de salud deben pagarse en el momento en que se prestan los servicios. Los servicios prestados más allá de los límites de su póliza, que sean su responsabilidad, deben pagarse dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción del procesamiento del seguro. Cualquier monto adicional no cubierto por su plan de salud deberá pagarse dentro de los treinta (30) días posteriores al procesamiento. Haremos todo lo posible por proporcionar las cotizaciones más precisas de lo que creemos que su seguro pagará según toda la información disponible. Sin embargo, estas cotizaciones son una estimación y, en última instancia, usted será responsable de su saldo.

■ **Accidente automovilístico / PIP:** Se aceptará la asignación en beneficios de Protección contra Lesiones Personales (PIP) únicamente cuando se haya cumplido lo siguiente:

- o Se haya devuelto una solicitud de PIP al asegurador de PIP
- o Se haya proporcionado una copia de su tarjeta de seguro médico, si corresponde.
- o Se haya firmado un gravamen (lien).

En el caso de que los beneficios de PIP hayan sido terminados o agotados, Umpqua Chiropractic tiene el derecho de discontinuar la asignación de beneficios o de facturar a su seguro privado. Si no hay seguro privado disponible, el tratamiento adicional será su responsabilidad. Se deben hacer arreglos de pago dentro de los noventa (90) días posteriores al cierre de la reclamación con Umpqua Chiropractic.

■ **Medicaid (Plan de Salud de Oregon):** Esta clínica tiene contrato con el Plan de Salud de Oregon y proporcionará atención quiropráctica y terapia de masaje sin costo para usted. Si usted está cubierto bajo la Opción de Tarjeta Abierta, no se requiere referencia ni autorización previa. Si está cubierto por un plan de atención administrada / CCOA, puede requerirse una referencia de su proveedor de atención primaria. Al recibir su referencia, enviaremos una solicitud de autorización a su seguro. Una vez que esa solicitud haya sido aprobada, programaremos su primera cita. Después de que se utilicen sus visitas aprobadas, enviaremos una nueva solicitud de autorización en su nombre. Si esta segunda solicitud es denegada, podrá ser atendido bajo pago en efectivo después de firmar el formulario OHP 3165 – Acuerdo del Cliente para Pagar Servicios de Salud. Se le requerirá solicitar periódicamente una nueva referencia de su proveedor de atención primaria para intentar obtener una nueva autorización.

■ **TriWest/Atención Comunitaria para Veteranos:** Esta clínica tiene contrato con Empower-Chiro y TriWest para proporcionar a todos nuestros Veteranos atención quiropráctica y terapia de masaje sin costo para usted. Se requiere una referencia inicial del VAMC más cercano y de su proveedor de atención primaria. Las autorizaciones posteriores serán enviadas por nuestra clínica en su nombre. Aunque hacemos todo lo posible por obtener estas autorizaciones de manera oportuna para asegurar la continuidad de la atención, los tiempos de procesamiento de autorizaciones varían según una variedad de factores dentro del sistema del VA. Si desea ser atendido entre autorizaciones, aceptamos una variedad de planes de seguro. Los copagos/coseguros se basarán en su plan de seguro individual (ver opciones arriba) y serán su responsabilidad.

He leído y entiendo la información anterior.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

Testigo de la oficina: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_