

 <p>THE UNIVERSITY OF KANSAS HEALTH SYSTEM 4000 Cambridge Street Kansas City, Kansas 66160 FINANCIAL POLICY</p>	<p>Do not write in this box</p>  <p>D T 5 1 4 9 AMB Financial Policy</p>	<p>Name: _____</p> <p>DOB: _____</p> <p>MR# _____</p>
--	--	--

Gracias por seleccionar The University of Kansas Health System como los proveedores de atención médica para usted y su familia. Deseamos que todos nuestros pacientes entiendan nuestras políticas financieras relacionadas con los pagos, la presentación ante el seguro y la cobranza.

Llame a registros o informe al personal al momento de ingresar siempre que cambie su dirección, número de teléfono, estado de su familia, seguro, etc.

Necesitamos una copia de sus tarjetas de seguro. Necesitamos su información de seguro para presentar los reclamos. Si no puede proporcionar una tarjeta de seguro actual, será responsable por sus tarifas al momento del servicio. También presentaremos un reclamo de seguros si nos da la tarjeta de seguro. Después de que la compañía de seguros haya realizado el pago, le devolveremos las sumas adeudadas.

Todos los copagos, los deducibles, las autorizaciones y/o las remisiones se pagan al momento del servicio. Si tiene una compañía de seguros de HMO, es su responsabilidad obtener una autorización de remisión de seguro de su médico de atención primaria. Esta remisión debería especificar The University of Kansas Health System, The University of Kansas Hospital y/o The University of Kansas Physicians, el nombre del proveedor específico que verá y el rango de tiempo que cubrirá la remisión.

Si The University of Kansas Hospital o The University of Kansas Physicians no tiene un contrato con su compañía de seguros, es posible que su visita se considere fuera de la red. Esto puede aumentar sus costos en efectivo o le pueden negar los servicios. Es posible que esté en la red para The University of Kansas Hospital y no para su médico.

Si no tiene seguro de salud, o si está fuera de la red con su seguro, será responsable de pagar todos los servicios prestados. Si firma este documento, acepta pagar a The University of Kansas Health System los montos facturados por el tratamiento al momento de la visita. Si no tiene seguro, es posible que sea elegible para recibir asistencia financiera.

Las clínicas de proveedores son las clínicas que operan en instalaciones de hospitales y tienen personal de enfermería y personal de apoyo del hospital. Para esas clínicas hay tarifas separadas que representan los servicios médicos y los servicios hospitalarios. Algunas clínicas de The University of Kansas Health System son clínicas de proveedores. Ya que está siendo atendido en una clínica de proveedores, se presentarán dos reclamos para su visita, uno por el hospital y uno por el proveedor. Los copagos de pacientes y el coseguro variarán en función de la ubicación en la que lo ven y los servicios que recibe. Tenga en cuenta que recibirá dos estados de cuenta separados para todos los servicios de radiología, laboratorio y patología.

Los estados de cuenta mensuales se enviarán por correo de The University of Kansas Hospital y The University of Kansas Physicians. Recibirá dos estados de cuenta, uno del hospital por los cargos del centro y uno por los cargos profesionales. Revise sus estados de cuenta para determinar su exactitud y realice las preguntas a nuestra oficina de facturación. Las cuentas se enviarán a una agencia de cobranza después de 90 días de inactividad. Si tiene un plan de pagos y se saltea su pago mensual, es posible que su cuenta se envíe a cobranzas.

Los pacientes que no acuden a sus citas y no avisan por adelantado a la clínica, impiden que otros pacientes sean vistos en forma oportuna. Proporcione al menos 24 horas de aviso por adelantado si necesita cancelar o reprogramar sus citas, llamando a la clínica directamente o llamando al Centro de recursos de salud al (913) 588-1227. Los pacientes que reiteradamente no acuden o no cancelan sus citas programadas pueden estar sujetos a destitución por el departamento individual afectado o por otros departamentos dentro de Health System.

AUTORIZACIÓN DE COMUNICACIÓN: Doy mi consentimiento para que The University of Kansas Health System, o cualquier entidad a la que The University of Kansas Health System asigne mi cuenta, se comuniquen conmigo mediante correo, correo electrónico o por teléfono (incluso por teléfono celular) para tratar asuntos relacionados con mi cuenta. También doy mi consentimiento para el uso de información de contacto actualizada o adicional que yo pueda proporcionar a The University of Kansas Health System, o cualquier entidad a la que The University of Kansas Health System asigne mi cuenta. Doy mi consentimiento para el uso de tecnología, inclusive un sistema de marcado automático y/o mensaje de voz artificial pregrabado, para comunicarse conmigo a fin de tratar asuntos relacionados con mi cuenta. Entiendo que estas llamadas son con el fin de cobrar deudas y no con fines de telemarketing o publicidad. Entiendo que puedo revocar este consentimiento para las llamadas automáticas en cualquier momento comunicándome con el Servicio al Cliente de The University of Kansas Health System al 913 588 5820 (número gratuito: 1-877-287-6268).

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE BENEFICIOS
Autorizo la divulgación de toda la información solicitada por The University of Kansas Health System de acuerdo con mis solicitudes de beneficios estatales, beneficios federales u otros beneficios relacionados. Mi firma en esta divulgación pretende autorizar el libre intercambio de información entre tales agencias y The University of Kansas Health System.

AUTORIZACIÓN PARA LA CESIÓN DE BENEFICIOS Y LA REPRESENTACIÓN DE SEGUROS
Cedo todos los derechos de beneficios, dinero del seguro u otros pagos o fallos a los que pueda tener derecho por los servicios médicos hospitalarios, servicios ambulatorios y servicios en consultorio al médico u organización que proporcione el servicio. También autorizo la presentación de un reclamo de pago en mi nombre ante mi compañía de seguros. Autorizo a The University of Kansas Health System o a una organización que proporcione los servicios en su nombre a actuar como mi representante para solicitar la reconsideración de mi plan de atención o comité de revisión de uso para la revisión de cobertura o quejas.

Firme el reverso del formulario

Do not write in this box

AMB Financial Policy

Name: _____

DOB: _____

MR# _____

Lista parcial de clínicas de proveedores (incluye clínicas que no están ubicadas en el campus principal):

Ubicación de la clínica	Coseguro típico de Medicare del Centro/Hospital	Coseguro típico de Medicare del Proveedor/Médico
Arrowhead Sports Medicine Center (Centro de Medicina del Deporte Arrowhead)	\$11-98	\$2-77
Cancer Centers (Centros oncológicos) – Todas las ubicaciones	\$7-1,316	\$2-284
Epilepsy Center (Centro de Epilepsia)	\$19-21	\$5-33
Indian Creek Breast Surgery Clinic (Clínica de Cirugía de Mamas Indian Creek)	\$21-57	\$5-33
Indian Creek Surgery Clinic (Clínica de Cirugía Indian Creek)	\$20-21	\$5-33
Indian Creek Main (Clínica Central Indian Creek)	\$12-761	\$2-114
Indian Creek Neurology Clinic (Clínica de Neurología Indian Creek)	\$10-98	\$2-33
Indian Creek Sarcoma Center (Centro de Sarcoma Indian Creek)	\$21-21	\$5-33
Indian Creek Spine Center and Sports (Centro de Columna y Deportes Indian Creek)	\$11-98	\$2-77
KU Med West – Radiology and Pathology (Radiología y Patología de KU Med West)	\$12-83	\$2-77
Landon Center (Centro de Landon)	\$5 – 98	\$5 - 47
Mid America Cardiology (Cardiología Mid America)	\$6-221	\$2-75
Mid-America Thoracic and Cardiovascular (Clínica del Tórax y Cardiovascular Mid-America)	\$21-57	\$5-33
Neuropsicología	\$19-45	\$5-25
Rainbow Boulevard Sleep Disorders Center (Centro de Trastornos del Sueño Rainbow Boulevard)	\$25-168	\$23-164
Spine Center Main Hospital (Centro de la Columna - Hospital Principal)	\$11-303	\$5-93
State Line Ambulatory Surgery Center (Centro de Cirugía Ambulatoria State Line)	\$30-663	\$10-257
Transplantation Center (Centro de Trasplantes)	\$7-35	\$2-33
West Plaza Imaging (Imaginología West Plaza)	\$12-127	\$13-77
Westwood Radiology and Pathology (Radiología y Patología Westwood)	\$7-1,316	\$2-284

A través de mi firma reconozco que he leído y entendido este documento y estoy autorizado a firmar.

Firma del paciente o sustituto de toma de decisiones*

Nombre en letra de imprenta del sustituto de toma de decisiones*

*Relación con el paciente: ___ Padre ___ Tutor legal
___ Poder duradero (DPOA, por su sigla en inglés)
___ Cónyuge

Fecha de hoy

Intérprete requerido: ___ SÍ ___ NO

Si responde sí,
Modo de interpretación:
___ Traducido a la vista ___ Interpretado

Firma del intérprete

Nombre en letra de imprenta del intérprete

Fecha de hoy

Hora

*La autorización la debe firmar el paciente, o si corresponde, un sustituto para tomar decisiones adecuado.