

**Compass Health Network**

**Política Financiera**

**Bienvenido**

Gracias por escoger Compass Health Network. Estamos comprometidos a proveerle con los mejores cuidados posibles. Es importante que comprenda claramente nuestra política financiera. Hemos proveído la siguiente información para ayudarle a entender su responsabilidad financiera por los servicios recibidos:

Si usted tiene....	Usted es responsable de...
Seguro Comercial o Medicare HMO con el cual nosotros tenemos contrato	<b><i>Si los servicios que usted recibe no están cubiertos por el plan:</i></b> Se le pedirá que haga el pago completo al momento de su visita. Se le enviará una cuenta por el monto de la deuda que no cancela al momento de la visita. *
	<b><i>Si usted tiene un seguro comercial primario y además otro secundario o Medicaid:</i></b> No es necesario el pago de ningún monto al momento de su visita.
	<b><i>Si usted tiene Seguro comercial primario, pero no tiene un Seguro secundario:</i></b> Cualquier copago necesario, co-seguro, y deducibles serán solicitados al momento de su visita en nuestras oficinas.
Medicare	<b><i>Si los servicios que usted recibe no están cubiertos por Medicare:</i></b> Se le pedirá que haga el pago por el monto total al momento de su visita. Se le enviará una cuenta por el monto de la deuda que no sea cancelada al momento de su visita. *
	Si usted tiene Medicare Regular, y aún no completa los \$100 de su deducible, le pedimos que pague al momento de rendirle el servicio.
	<b><i>Si usted tiene Medicare como seguro primario y tiene un Seguro secundario o Medigap o Medicaid:</i></b> No será necesario pago alguno al momento de su visita.
	<b><i>Si usted tiene Medicare como seguro primario, pero no tiene un seguro secundario:</i></b> Se le cobrará un 20% de su co-seguro al momento de su visita.
Medicaid o Managed Care Medicaid	<b><i>Si los servicios que usted recibe no están cubiertos por Medicaid:</i></b> El pago completo será solicitado al momento de su visita. Se le enviará una cuenta por el monto de la deuda que no haya sido pagada al momento de su visita.*
	<b><i>Si usted recibe Gastos reducidos de Medicaid (Medicaid Spend Down):</i></b> Pago por los servicios prestados serán solicitados al momento de su visita hasta que la Reducción de Gastos (Spend Down) haya sido completada. No será necesario hacer pago alguno una vez que alcance la Reducción de Gastos (Spend Down) en su totalidad.
	<b><i>Si usted tiene Medicaid sin Gastos de Reducción (Spend Down):</i></b> No será necesario pago alguno al momento de su visita.
Seguro comercial o Medicare HMO – Sin contrato con Compass	El pago será solicitado en su totalidad al momento de rendirle el servicio. Nosotros podemos proveerle la información necesaria para que usted haga un reclamo de reembolso directamente con su compañía aseguradora.

\_\_\_\_\_ (Iniciales del paciente/guardián) Reconozco y entiendo la política financiera anterior.

No tiene Seguro	Pago en su totalidad será solicitado al momento del servicio. * Por favor pídale al personal de recepción información acerca de cómo aplicar para Medicaid, CHIP, asistencia financiera, escala de valores o fondos del Departamento de Salud Mental.

\* Compass Health Network ofrece una escala de valores con precios reducidos que está basada en sus ingresos y el número de personas en el núcleo familiar para la cual usted podría calificar.

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nac.:** \_\_\_\_\_

**Seguro**

Antes de su visita, contacte a su compañía aseguradora para verificar que Compass Network es un participante de su plan y que tanto los servicios que usted pretende recibir, como el proveedor de dichos servicios están cubiertos. No todos los servicios o proveedores están cubiertos por todas las pólizas. Aquellos servicios que no son cubiertos por su plan de seguro serán responsabilidad propia.

Para que nosotros podamos hacer una solicitud un reembolso, usted debe presentar una copia VIGENTE de su tarjeta de seguro al momento de cada visita y comunicar cambios en su información personal.

**Información requerida al registrarse para cada visita.**

- Verificación de la información de contacto personal
- Copia vigente de la tarjeta de su seguro
- Pago de cualquier saldo pendiente
- Pago por la visita de Hoy

El pago puede ser hecho en efectivo, cheque o tarjeta, a no ser que el servicio sea prestado en el área escolar, en tal caso será necesario que se dirija a nuestra oficina más cercana para hacer el pago.

**Laboratorios y Prescripciones**

Los exámenes de laboratorio o prescripciones ordenadas por el médico no están cubiertas por esta política financiera y su responsabilidad financiera dependerán del laboratorio o farmacia.

*Yo he leído, comprendido, y estoy de acuerdo con la Declaración Financiera anterior. Yo entiendo que los cargos no cubiertos por mi compañía aseguradora, como así mismo los copagos, co-seguros y deducibles serán mi responsabilidad.*

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_ (Iniciales del paciente/guardián) Reconozco y entiendo la política financiera anterior.