



Providence Hood River Memorial Hospital Behavioral Health
Información importante sobre facturación y su seguro médico.

Querido Paciente de Providence Hood River Memorial Hospital Behavioral Health,

Nos esforzamos en prestar una atención de excelencia. A veces, los seguros médicos pueden ser confusos. A continuación le mostramos una guía sobre sus derechos y responsabilidades para asistirle en sus decisiones de salud y en el uso de su seguro médico. No dude en consultarnos si algo no le está claro.

Cuando usted firma una autorización para recibir tratamiento, nos autoriza a comunicarnos con su compañía de seguro médico. La contactaremos para obtener información sobre los beneficios que usted tiene disponibles, y también si éstos pagarán todos o algunos de los servicios que reciba. Además, obtendremos una autorización previa de pago, y una autorización continua de pago cuando sea necesario. **Esto no garantiza que su seguro médico pagará por los servicios que reciba. Es muy importante que usted contacte a su compañía de seguros y les notifique que está recibiendo nuestros servicios; ayuda que les informe que nuestra organización facturará como un "centro de facturación" (en inglés, facility billing). Usted encontrará el número de teléfono de su seguro médico en la parte de atrás de su tarjeta. La compañía de su seguro médico le dará información sobre sus beneficios y responderá a todas las preguntas que tenga sobre quién se hará cargo de los pagos por los servicios prestados.**

Tenga en cuenta que, ya que somos parte del hospital Providence Hood River Memorial Hospital, su visita se facturará como un servicio de hospital para pacientes ambulatorios (denominado "servicio de facturación"), esto significa que si usted está usando un seguro privado (no Medicare), podría tener que pagar su visita(s) en su totalidad hasta cumplir su deducible Usted es responsable de estar al tanto de cualquier deducible, copagos, y servicios no cubiertos. Usted es responsable del pago de los saldos a menos que otros arreglos se hayan hecho con antelación. Le proporcionamos información sobre las tarifas de nuestros servicios en una hoja separada. Las tarifas varían dependiendo del tiempo que esté en sesión.

Al firmar esta página usted reconoce que entiende su responsabilidad de comunicarse con su compañía de seguros acerca de sus beneficios para determinar lo que está cubierto y qué porción de su factura será usted responsable de pagar. Usted y su terapeuta decidirán el número y la duración de las sesiones necesarias para alcanzar el mejor tratamiento en nuestro programa. Las recomendaciones de tratamiento siempre se basan en las recomendaciones clínicas.

Si está asegurado, o no lo está, y está preocupado por no poder pagar por los servicios del tratamiento que reciba, contacte a nuestra Oficina de Finanzas al teléfono gratuito 877-215-7833 y pida hablar con un asesor financiero. Hay una serie de programas y opciones disponibles para calificar y recibir asistencia con su factura.

Providence Hood River Memorial Hospital Behavioral Health

Entiendo que soy directamente responsable por todos los servicios prestados. Esta asignación se mantendrá en efecto hasta que sea revocada por mí por escrito. He leído y entiendo todo lo anterior y estoy de acuerdo con los términos de este documento.

Firma

Imprima su Nombre

Fecha

FOR OFFICE USE ONLY (Solamente para uso del personal de oficina)

Staff initial:

Staff signature:

____ Copy provided to patient

____ Copy refused by patient

Staff signature

Date