

WomanCare, P.C.

Pólizas de Pago y Autorización

Yo entiendo que todos los cargos contraídos son la responsabilidad personal de la paciente/o fiador. Yo autorizo que los pagos por los servicios suministrados sean pagados directamente a WomanCare, P.C. y si doy la información correcta en la consulta se presentará el séguro de cuidado administrado (HMO) a la compañía aseguradora contratada. La paciente/fiador es responsable por todos los balances restantes incluyendo pero no limitado a: co-pagos, deducibles, co-seguros y cargos que se niegue a pagar su compañía asegurado después de consideración de ajustes contractuales, por cualquiera razón.

A las pacientes obstétricas que tienen aseguranza commercial, se requiere pagar el 20% de su esperada cuenta por el parto a 20 semanas del embarazo. A la paciente sin aseguranza se requiere firmar un contrato por cuidado obstétrico y garantizarlo con una tarjeta de crédito y hacer los pagos requeridos como descritos en su contrato. Otros servicios que no sean incluidos como parte del cuidado obstétrico global tienen que ser pagados a la hora en que se suministran dichos servicios.

Se requiere a las pacientes quirúrgicos pagar la suma de su deducible y co-seguro ANTES de la fecha de cirugía, a menos que sea estipulado de otra manera por un contrato con un asegurador de cuidado adminstradó.

A más del principal debido, yo concuerdo en pagar 33.33% del balance no pagado como recompensa si es necesario entregar mi cuenta a una agencia de recaudación. Además concuerdo en pagar recompensas razonables para abogados y pagar otros costos surgiendo de cualquier litigio debido a la recaudación de esta cuenta.

Entiendo que estoy entrando en una relación contractual con WomanCare, P.C. y sus médicos para cuidado profesional. Además entiendo que los reclamos frívolos y sin mérito para negligencia médica tienen un efecto desgraciado en el costo y la disponibilidad de cuidado médico a pacientes y puede resultar en daño irreparable a un proveedor médico. Como una consideración adicional por el cuidado profesional que me provee WomanCare y sus médicos, consiento en no iniciar o avanzar, ni directamente ni indirectamente, cualquier reclamo frívolo o sin mérito por negligencia médica contra WomanCare, P.C. y sus médicos.

En el caso de que yo inicie o persigue un reclamo con mérito por negligencia médica contra WomanCare, P.C. y sus medicos, consiento en usar como testigos expertos (con respeto a cuestiones sobre las normas de cuidado profesional) sólo medicos certificados por la Junta Americana de Especialistas Médicas (ABMS) en la misma especialidad que WomanCare, P.C. y sus medicos, o en una parecida. Además, consiento en que dichos testigos empleados por mí or por mi parte para server de testigos expertos sean miembros de buena posición del Colegio Americano de Obstetricia y Ginegología (ACOG) Concuerdo en que el experto será obligado a adherir a las normas y códigos de conducta definada por la asociación de especialistas en su especialidad. Concuerdo en requerir que cualquier abogado que empleo y cualquier médico empleado por mi o por mi parte como testigo experto también se pone de acuerdo con estas provisiones. Además de esto, WomanCare, P.C. y sus médicos también concuerdan con exactamente las mismas estipulaciones y condiciones ya mencionadas. Cada parte está de acuerdo con que una conclusión por una asociación de especialistas que provee procedimiento sistemático debido a un experto se tomará como evidencia corroborante de un reclamo frívolo y sin mérito. La paciente y el medico concuerdan en que este Acuerdo será obligatorio para ellos individualmente y para sus respectivos sucesores, asignantes, representantes, representantes personales, esposos y otros dependientes. El medico y la paciente están de acuerdo de que estas provisiones aplican a cualquier reclamo por negligencia médica si or no basado en una teoría de contrato, negligencia, asalto, o cualquiera otra teoría de recobro. La peciente declara que ha tenido suficiente oportunidad para leer este acuerdo y hacer preguntas sobre él.

Declaro que lo he leído completamente y entiendo todas las estipulaciones y condiciones, tanto como cualquier cargos y plazos de pago asociados con este contrato y por la presente consiento en estar obligado por todas las estipulaciones y condiciones antes mencionadas.

AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION

Yo autorizo a WomanCare, P.C. a que revele cualquiera información que sea necesaria para asegurar pago de beneficios, incluyendo diagnoses y archivos de cualquier tratamiento/examen suministrado a mi o a mis dependientes.

Firma _____

Fecha _____

Firma de Médico _____

Fecha _____