



SONORAN ORTHOPAEDIC  
TRAUMA SURGEONS

3126 N. Civic Center Plaza, Scottsdale AZ 85251  
480-874-2040

---

## Póliza Financiera

Entiendo que Sonoran Orthopaedic Trauma Surgeons, PLLC y sus personas designadas respectivas usarán y revelarán mi información de salud con todos los objetivos necesarios para tratamiento, pago y operaciones de la asistencia médica, incluso, pero no limitados con la divulgación de la información solicitada por mi compañía de seguros (o proveedor) y cualquier información necesaria con objetivos de planificación de descarga.

- ASIGNACIÓN DE LOS SEGUROS Y EL NOMBRAMIENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL: \_

Por este medio asigno todos los beneficios aplicables de seguros médicos y todos los derechos y obligaciones que yo y mis dependientes tienen debajo mi plan de salud al Proveedor y el Bufete de Abogados de la Fuerza PC y sus bufetes de abogados afiliados (En lo sucesivo, “ Mis Representantes Autorizados”) y los designo como mi representante autorizado con el poder para:

- ✓ Presentar reclamaciones médicas con el plan de salud.
- ✓ Presentar apelaciones y quejas con el plan de salud.
- ✓ Instituto y necesario litigios o quejas contra mi plan de salud nombrándome como demandante en tales demandas y acciones se es necesario.
- ✓ Discutir o divulgar cualquier de mi información de salud personal o la de mis dependientes con cualquier tercera parte incluyendo el plan de salud.

Certifico que la información de seguro médico que proporcioné al Proveedor es exacta a partir de la fecha indicada a continuación y que soy responsable de mantenerla actualizada. Soy plenamente consciente de que tener seguro médico no me absuelve de mi responsabilidad de asegurar que mis facturas por servicios profesionales del Proveedor son pagados en su totalidad. También entiendo que soy responsable de todas las cantidades no cubiertas por mi seguro médico, incluso co-pagos, coaseguro y deductibles.

Por este medio designo, autorizo y comunico a mis Representantes Autorizados en la máxima medida permitida bajo la ley y cualquier póliza de seguro aplicable y/o plan de beneficios de salud para empleados: (1) El derecho y la capacidad de actuar como mi representante autorizado en relación con cualquier reclamación, derecho o causa de acción incluyendo litigios en contra de mi plan de salud (Incluso para nombrarme como demandante en dicha acción) que pueda tener en virtud de dicha póliza de seguro y/o plan de beneficios; Y (2) el derecho y la capacidad de actuar como mi representante autorizado para perseguir dicha reclamación, derecho o causa de acción en relación con dicha póliza de



SONORAN ORTHOPAEDIC  
TRAUMA SURGEONS

3126 N. Civic Center Plaza, Scottsdale AZ 85251  
480-874-2040

---

seguro y/o plan de beneficios (Incluyendo per no limitado a, el derecho y la capacidad de actuar como mi representante autorizado con respecto a un plan de beneficios regulada por las disposiciones de ERISA segun lo previsto en 29 C.F.R. 2560.5031 (b)(4) con respecto a cualquier gasto de atención médica incurrido como resultado de los servicios que recibí del Proveedor y, en la medida permitida por la lay, a reclamar de mi parte, tales beneficios, reclamos, o reembolso, y cualquier otro remedio aplicable, incluyendo multas. Autorizo la comunicación con el Proveedor y sus representantes autorizados por correo electrónico y mi correo electrónico es \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento.

- **AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN:** Por este medio autorizo a mis Representantes Autorizados a: (1) Soltar toda la información necesaria a mi plan de beneficios de salud (o su administrador) con respect a mi enfermedad y tratamientos; (2) Procesar las reclamaciones de seguros generados en el curso de su examen o tratamiento; Y (3) Permitir una fotocopia de my firma para ser utilizado para procesar reclamaciones de seguros. Este orden se mantendrá en efecto hasta que sea revocada por mí por escrito.
- **RESPONSABILIDAD FINANCIERA:** Se me ha proporcionado una copia de las políticas financieras de SOTS y acepto los terminos especificados. Yo estoy de acuerdo en pagar todos los sumas debido (o que deba pagarse) a SOTS para la atención y tratamiento, incluyendo los co-pagos y deducibles según lo previsto en mi plan. Los beneficios, si los hay, que son pagadas por un tercero, se acreditarán en la cuenta. Entiendo que seré responsable por cualquier cargo si alguno de los siguientes se aplica:
- Mi plan de salud requiere autorización previa o referencia de un Médico de Cabecera antes de recibir los servicios en SOTS y no he obtenido una autorización o remision o que reciben servicios en exceso de dicha autorización o referencia, y / o
- Mi plan de salud determina que los servicios que recibo en SOTS no son médicamente necesarios y/o no cubierto por mi plan de seguro, y/o
- Mi plan de salud ha transcurrido o expirado en el momento que reciba servicios en SOTS, y/o
- He elegido por no utilizar mi cobertura del plan de salud.

**PÓLIZA PARA LA COLECCIÓN DE LOS DEDUCIBLES DEL PACIENTE, COASEGUROS**

**Y OTROS SALDOS DEL PACIENTE:** La práctica nunca renunciará cualquier coaseguro, deducible o responsabilidad del paciente salvo por razones de dificultad financiera como se establece en la Póliza de Cuidados Cariativos que se adjunta. La práctica nunca renunciará una Factura de Saldos, es decir, la diferencia de carga y pago para pacientes afuera de la red de la Práctica (En lo sucesivo, "Factura de Saldos"), excepto por razones de dificultad financiera



SONORAN ORTHOPAEDIC

TRAUMA SURGEONS

3126 N. Civic Center Plaza, Scottsdale AZ 85251

480-874-2040

---

como se establece en la Póliza de Cuidados Cariativos que se adjunta. La Práctica debe facturar inmediatamente a pacientes para cualquier coaseguro, deducible u otra responsabilidad del paciente al recibir un Explicación de Beneficios u otra correspondencia del pagador que tal coaseguro, deducible u otra responsabilidad del paciente sera pagado por el paciente. La Práctica facturará a los pacientes para una Factura de Saldos después, pero no antes de la apelación de primer nivel para un mayor reembolso sea archivado por la Práctica. En algunos casos, la Práctica facturará a los pacientes para una Factura de Saldos después de una apelación de segundo nivel sea archivado por la Práctica. Los pacientes de la Práctica firmaran para recibir el Plan de Cuidado Cariativo de la Práctica, la Asignación de Beneficios y Forma de Consentimiento al momento cuando los servicios son prestados por primera vez por la Práctica. La Práctica entiende que leyes Federales y Estatales requieren que se proporcione al paciente una Declaración de Factura de Saldos. La Practica asegurará que los pacientes entiendan que son responsables de los deducibles, coaseguros, la Factura de Saldos y cualquier otra responsabilidad del paciente designado por la Explicación de Beneficios del pagador. Los pacientes deben devolver los cheques de reclamaciones enviadas a los pacientes dentro de 10 dias de recibo para evitar colecciones.

- **FIRMA DE MEDICARE ARCHIVADA (SOLAMENTE PACIENTES DE MEDICARE):** Solicito que el pago de beneficios de Medicare autorizadas sea hecho a mi o de mi parte a SOTS. Autorizo al poseedor de la información médica y otra acerca de mi a soltar a Medicare y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o beneficios para sevicios relacionados.

**Numero de Medicare del Paciente** \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente** \_\_\_\_\_

- **ASISTENTES EN CIRUGÍA:** Entiendo que puedo recibir ciertos servicios médicos auxiliares de SOTS. Entiendo que los asistentes médicos no pueden proporcionar servicios en mi presencia, pero están activamente involucrados en el curso de diagnostico y tratamiento. Por este medio autorizo el pago directamente por estos servicios bajo la póliza(s) o plan(es) emitido a mí por mi compañía de seguros. Yo entiendo que puedo incurrir gastos adicionales como resultado de estos servicios auxiliares; Me comprometo a pagar todos los gastos debido con respecto a tales servicios en la medida en que la carga se debe después de que se le da crédito por los beneficios pagados en mi nombre por cualquier tercero pagador.

**DERECHO DE RETENCIÓN:** Entiendo completamente que soy directamente responsable ante dichos doctors para todos los gastos médicos presentados por SOTS por los servicios prestados a mí y que este acuerdo se hace exclusivamente para la protección adicional de dichos doctors y en la consideración de sus pagos pendientes. Y además, entiendo que dicho pago no depende de ningún acuerdo, veredicto o juicio por el cual yo puedo eventualmente



SONORAN ORTHOPAEDIC

TRAUMA SURGEONS

3126 N. Civic Center Plaza, Scottsdale AZ 85251

480-874-2040

---

- recuperar dichos honorarios. Además, por este medio autorizo y dirijo a mi abogado a pagar directamente a SOTS las sumas que puedan ser adeudados por los servicios médicos rendido a mí y retener tales sumas de cualquier acuerdo, veredicto o juicio que puedan ser necesarias para proteger adecuadamente a SOTS.
- **Fractura / Atención Quirúrgico:** Fractura / atención quirúrgico se cobra como un “paquete de servicios” que incluye lo siguiente: Evaluación, el primer yeso, tablilla, aplicación de arranque, y / o cirugía y 90 días de atención de seguimiento postoperatorio de la fecha de la fractura. *Hay algunos servicios que facturemos separadamente* que incluyen: cualquier suministros de escayola, reemplazo de aplicaciones de escayola, evaluaciones para problemas *adicionales* o lesiones y tratamiento de las complicaciones. Su compañía de seguros requiere que reportemos nuestros servicios usando el sistema de codificación conocido como la *Terminología Procedimental Corriente (CPT)*. Los códigos para el tratamiento de fracturas se pueden encontrar en la sección de *Cirugía* en el libro CPT. Esto no quiere decir que usted tendrá o ha tenido una cirugía o que usted será o que te llevaron a la sala de operaciones. Así es como el libro CPT fue creado por la *Asociación Médica Americana (AMA)* para fines de uso fácil, tanto por las compañías de seguros y los médicos. *Tenga en cuenta, su compañía de seguros puede cubrir estos servicios de fractura / atención quirúrgica de manera diferente que las visitas a la oficina. Por lo tanto, nuestros servicios pueden ser pagados como un procedimiento quirúrgico, con pautas del deducible y coaseguro aplicados.*

Si tiene alguna pregunta or preocupaciones, por favor póngase en contacto con nuestro Departamento de Facturación al 480-874-2040.

- **CITAS CANCELADAS O DONDE NO SE PRESENTA:** Entiendo que puedo incurrir un cargo por cancelación si no proporciono la notificación requerida de la cancelación, o si no mantengo mi cita y no he cancelado

Me han proporcionado las Pólizas Financieras para Pacientes de SOTS. Entiendo la información que aparece anteriormente que ha sido explicado completamente.

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Firma del Garante