

# Jordán Meadows y Hunter Centros Médicos

## Información de facturación para Pacientes de Medicaid

Gracias por escoger Jordán Meadows Medico o Hunter Medico para su atención médica. Si usted es un miembro de Medicaid, nosotros creemos que hay cosas importantes que usted necesita saber de sus responsabilidades financieras cuando está recibiendo atención médica.

En el sitio de internet del gobierno, [health.utah.gov](http://health.utah.gov), en el Manual para Miembros, bajo el título, “¿Qué puedo hacer con las cuentas médicas (página 7)?” dice:

**“Es posible que tenga que pagar sus propias facturas médicas por los servicios cubiertos por Medicaid... si usted recibe servicios sin mostrar su tarjeta de Medicaid al proveedor.”**

Por favor, lea lo siguiente y afirma debajo, lo que indica que se ha tomado conciencia de sus responsabilidades. Cuando usted llegue a su cita, se le pedirá que:

Presente su tarjeta de elegibilidad vigente en el momento del servicio. Sin una tarjeta de Medicaid para mostrar verificación de la cobertura, usted será responsable de su cuenta.

Como cortesía, vamos a llamar a la línea estatal de Medicaid elegibilidad **una vez** por paciente, pero tenga en cuenta que esta llamada verbal no garantiza la elegibilidad, la tarjeta debe estar presente para hacerlo.

Si su tarjeta no está presente en el momento del servicio, nosotros permitimos 10 días de negocio para presentar la tarjeta en nuestra oficina, en cuyo caso vamos a tratar de cobrar a Medicaid en su nombre, pero usted es responsable por el pago de servicios proveídos.

Si usted viene para una cita y usted no tiene su tarjeta, por favor planee pagar antes del servicio en ese momento. Le devolveremos el dinero pagado, a los pacientes elegibles, después de que Medicaid haya recibido nuestro reclamo y haya verificado la elegibilidad del paciente por escrito.

### Arreglos Financieros

La Oficina Financiera en ambas clínicas, tiene a su disposición, consejeros financieros entrenados para discutir sus necesidades individuales. Si va a tener dificultades para pagar su parte de la factura, ellos podrán ayudarles negociar sus pagos.

Al firmar debajo, usted está de acuerdo que usted ha tenido conocimiento de y se adhiere a nuestras pólizas en materia de Responsabilidad del Paciente de Medicaid.

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente o Persona Autorizada

\_\_\_\_\_  
Nombre de Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha