



1 2 8 8

CONVENIO ECONÓMICO DE SERVICIOS PROFESIONALES

Usted reconoce que su hijo podrá recibir servicios clínicos profesionales brindados por grupos de médicos que son empleados de Nicklaus Children's Hospital o bien, que realizan servicios clínicos profesionales como contratistas independientes de Nicklaus Children's Hospital. De acuerdo con el Convenio de la familia del paciente, entiende que puede recibir facturas de servicios clínicos brindados por estos grupos de médicos que serán adicionales y separadas de la factura que recibirá de Nicklaus Children's Hospital. Nicklaus Children's Hospital únicamente facturará los componentes técnicos, el equipo, los medicamentos y los suministros utilizados. Los grupos de médicos facturarán el componente profesional, incluidos los servicios clínicos prestados en nombre del paciente y, en el caso de servicios de patología, supervisión profesional de laboratorio. Comuníquese con el grupo de médicos que le envíe la factura si tiene preguntas sobre alguno de los cargos. Usted podrá recibir facturas de los siguientes grupos de médicos:

Alergia/asma/inmunología	Endocrinología y diabetes	Medicina de cuidados intensivos pediátricos	Nefrología	Ortopedia
Anestesiología	Enfermedades infecciosas	Medicina de emergencia / Atención de urgencia	Neonatología	Otorrinolaringología (ORL)
Cardiología	Gastroenterología	Medicina para adolescentes	Neumología	Patología
Centro de atención pediátrica	Genética clínica	Medicina pediátrica	Neurocirugía	Psiquiatría
Cirugía cardiovascular	Hematología y oncología	Medicina preventiva	Neurología	Radiología
Cirugía pediátrica	Inmunología	Médicos hospitalistas	Odontología	Reumatología
Cirugía plástica	Investigación clínica		Oftalmología	Urología
Dermatología	Medicina conductual		ORL	

CONVENIO

Usted acepta ser responsable del pago a todos los grupos de médicos que presten servicios a su hijo. Como una cortesía hacia usted como la Parte Responsable, los grupos de médicos podrán facturar a la aseguradora del paciente o a otro pagador tercero los servicios suministrados al paciente. Los esfuerzos de los grupos de médicos para facturar a la aseguradora o al pagador y el acuerdo de los grupos de médicos de aceptar el pago de la aseguradora o del pagador en nombre del paciente no lo liberarán de su obligación de pagarles en su totalidad. El monto que pague la aseguradora o el pagador al grupo de médicos podría ser menor a los cargos totales (y, por lo tanto, al monto que les adeuda). Los grupos de médicos acreditarán todos los pagos en la cuenta del paciente y le facturarán el saldo, a menos que estos grupos hayan celebrado convenios con la aseguradora o con el pagador para aceptar el monto que paguen como pago completo. Si el grupo de médicos no recibe el pago total de la aseguradora del paciente o del pagador, y el paciente no es integrante de una organización de mantenimiento de la salud, este podrá facturarle y esperar el pago de la totalidad dentro de 30 (treinta) días. Se cobrará un interés a una tasa del 1.5% mensual (interés simple anual de 18%) sobre todos los saldos pendientes después de esa fecha o la tasa de interés máxima permisible al momento del cálculo. Todos los deducibles, copagos y cargos no cubiertos bajo el plan de seguro del paciente son su responsabilidad. La ley prohíbe a los grupos de médicos renunciar a los deducibles, copagos y cargos no cubiertos.

El pago de los servicios prestados es una obligación de la Parte Responsable que firma este convenio. Nos reservamos el derecho de enviar los saldos pendientes de pago a una agencia de cobros. La Parte Responsable tendrá la responsabilidad de pagar todos los costos asociados con el cobro de los saldos pendientes de pago, incluidos los intereses y honorarios razonables del abogado.

CESIÓN DE LOS BENEFICIOS DE SEGURO

En este acto, usted autoriza que el pago se realice directamente a los grupos de médicos y les cede todos los beneficios de seguro que sean exigibles y pagaderos con respecto a los servicios prestados. También autoriza que el grupo de médicos y cualquier otro que cuente con información médica o de otro tipo sobre el paciente revelen a la aseguradora o al pagador, a la Administración del Seguro Social (Social Security Administration), a los centros de servicios de Medicare y Medicaid, así como a sus intermediarios y compañías de seguro, toda la información necesaria para cualquier reclamación con respecto a los servicios prestados. Cuando procedan los beneficios de Medicare y Medicaid, usted certifica que la información que proporcionó al solicitar el pago bajo el Título XVIII o XIX de la Ley del Seguro Social está completa y es correcta. Usted autoriza que los grupos de médicos utilicen este Convenio como constancia de su consentimiento para facturar y recibir el pago de los servicios prestados. Reconoce además que esta cesión de beneficios de ninguna forma lo libera de su responsabilidad de realizar el pago al grupo de médicos, y que continuará siendo responsable en términos económicos ante el grupo de médicos hasta que todos los cargos sean pagados en su totalidad.

Si no se pueden ceder los beneficios o si la aseguradora entrega el pago directamente al asegurado o a la Parte Responsable, la Parte Responsable conviene reenviar de inmediato a Nicklaus Children's Hospital todos los pagos de la aseguradora y de terceros que el paciente o la Parte Responsable reciban por los servicios prestados al paciente. La omisión de reenviar los pagos de la aseguradora u otro tercero puede dar como resultado que se renuncie a los descuentos negociados que la Parte Responsable podría disfrutar de otro modo.

**He leído y entiendo cada uno de los párrafos anteriores y reconozco y acepto estos términos y condiciones.
Entiendo que los servicios que están siendo suministrados están siendo provistos por un departamento de Nicklaus Children's Hospital.**

Firma de la Parte Responsable _____ Fecha _____

Firma del testigo _____ Fecha _____

Parte Responsable

Nombre: _____

Relación con el paciente: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Indicar la capacidad jurídica de la Parte Responsable:

Padre/madre/tutor de un menor

Propia

Poder (adjuntar documento)

Sustituto para tomar decisiones de atención médica (adjuntar documento)

Tutor designado por un tribunal (adjuntar documento)

