

Cargos de Visitas Preventivas

Austin Regional Clinic está comprometido a proporcionar atención médica de la más alta calidad, proporcionando exámenes físicos anuales. La mayoría de las compañías de seguros cubren un chequeo de salud al año sin costo para el paciente, incluyendo ciertas pruebas para detectar enfermedades en etapas tempranas ó para prevenir enfermedades.

Desafortunadamente , la mayoría de las compañías de seguros **no cubren** pruebas que **no estén relacionadas** con el chequeo de salud. En ciertos casos cuando se tratan problemas de salud ajenos a un chequeo durante su visita, pueden optar por no cubrir el costo total de la consulta.

Ejemplos de los tratamientos que **pueden no ser cubiertos** durante su chequeo de salud son:

- Inmunizaciones no requeridas pero necesarias (pruebas de tuberculosis)
- Pruebas de laboratorio para enfermedades, lesiones ó condiciones crónicas
- Pruebas de Patología ó de Papanicolaou **no** consideradas de rutina por su seguro médico
- Procedimientos en el consultorio (eliminación de verrugas, cera del oído)
- Abordar problemas de salud nuevos ó activos (presión arterial, acné, dolor de espalda)
- Pruebas que no se necesitan debido a la edad ó a riesgos de salud del paciente.

Cada compañía de seguros decide lo que se cobrará según cada caso y las decisiones tomadas no pueden ser predeterminados por ARC. Si tiene preguntas acerca de lo que está cubierto por su plan de seguro médico durante los exámenes físicos ó chequeos de salud de rutina, favor de contactar a su compañía de seguros ó a su departamento de Recursos Humanos.

Cualquier cargo que no se considere parte de un examen físico ó de un chequeo de salud de rutina debe ser facturado por separado y cualquier servicio no cubierto por el seguro médico será facturado al paciente.

Austin Regional Clinic le ofrece una disculpa y agradece su comprensión por este inconveniente. Es requisito para Austin Regional Clinic seguir los lineamientos de las compañías de seguros con el fin de poder presentar reclamaciones a su nombre.

Por favor, firme de conformidad:

Entiendo que soy responsable de los servicios que mi compañía de seguros determine que no son parte de un examen físico ó de un chequeo de salud de rutina.

Nombre del paciente _____ MRN: _____

Padre/Tutor

Firma: _____ Fecha: _____