

Nombre

Fecha de nacimiento

MRN

AUTORIZACIONES Y TRASPASOS

1. ACUERDO FINANCIERO/GARANTÍA DE PAGO (todos los pacientes)

Con respecto a los servicios (técnicos y/o de telemedicina), asignación de beneficios y atención médica recibida; estoy de acuerdo en que soy responsable de hacer cualquier y todos los pagos a **The Mount Sinai Hospital ("MSH")** con respecto a dichos servicios y atención médica, a menos que el contrato entre **MSH** y mi aseguradora indique lo contrario y/o salvo que la ley disponga otra cosa. En caso de que los servicios solicitados no estén autorizados específicamente por mi compañía aseguradora, estoy de acuerdo en pagar por todos los servicios según se haya acordado, salvo que la ley disponga otra cosa.

Autorizo que se haga el pago directamente a **MSH** por los beneficios

médicos a los cuales tengo derecho, con el fin de cubrir el costo de la atención médica y el tratamiento (técnico y/o de telemedicina) que nos han prestado a mí o a mis beneficiarios en el hospital.

Estoy de acuerdo en pagar inmediatamente el costo total que no esté cubierto por la aseguradora, en cuanto reciba una factura por parte de **MSH**, salvo que la ley disponga otra cosa. Si cualquiera de mis seguros no acepta mi reclamo o paga solamente una parte de lo que se reclamó, yo seré responsable del pago de cualquier saldo que determine **MSH**, inmediatamente después de que tenga conocimiento de dicha cobertura, salvo que la ley disponga otra cosa.

2. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Autorizo a **MSH**, a mi médico tratante y a las personas que designen respectivamente a que utilicen y divulguen mi información de salud para todos los fines necesarios de cualquier tratamiento, pago y operación de atención médica. Reconozco que mi información de salud puede incluir información relativa a enfermedades mentales o SIDA/CRS/VIH y que dicha información puede divulgarse (incluidos los exámenes y sus copias, ya sea en formato impreso o digital) a las aseguradoras, a diversos organismos de crédito y fiadores solamente en caso de ser necesario para realizar el pago de los cargos de **MSH** o cargos profesionales (no se divulgará información que no sea de carácter clínico a ninguna agencia de crédito). También autorizo y doy mi consentimiento para que los

proveedores en cuestión se comuniquen conmigo en relación a estos cargos y para cooperar en las resoluciones a través de mensajes de texto seguros en el número de teléfono celular proporcionado según se permite en virtud de 47 U.S.C. § 22.

En el caso de que mi aseguradora deniegue el pago a **MSH** por los servicios que me han prestado, mediante el presente documento doy mi consentimiento para que un representante autorizado de **MSH** se ponga en contacto con mi aseguradora y para que éste le proporcione a mi aseguradora toda la información y documentación referente a los servicios prestados a mi persona por **MSH**, la cual pueda ser necesaria para que mi aseguradora evalúe nuevamente su decisión de denegar el pago por dichos servicios.

3. MEDICARE: DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y CESIÓN DE BENEFICIOS (solo proveedores de las Partes A y B de Medicare)

Certifico que la información que proporcioné al solicitar el pago bajo las provisiones del Título XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo a cualquier persona que tenga información médica o de otro tipo sobre mí a divulgarla a la Administración del Seguro Social y a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o a sus intermediarios o aseguradoras (incluida información relacionada con enfermedades mentales y SIDA/CRS/HIV), en

la medida en que sea necesaria para este reclamo o cualquier otro reclamo relacionado con Medicare. Solicito que el pago de los beneficios que se autorizan se haga en mi nombre. Asigno los beneficios que sean pagaderos a los médicos o a los Servicios de **MSH** a los médicos u organizaciones que hayan proporcionado los servicios.

4. RED DE ASEGURADORAS/AVISO DEL PROVEEDOR SEGÚN LO DISPUESTO EN LA LEY RELATIVA A CARGOS POR SERVICIOS PRESTADOS FUERA DE LA RED (OUT-OF-NETWORK LAW) DEL ESTADO DE NUEVA YORK

Entiendo que **MSH** es un proveedor que participa en muchas redes de planes de salud y que es posible encontrar una lista de los planes en los que **MSH** participa en mountsinai.org/about/insurance/MSH

Entiendo que los médicos y otros proveedores que prestan servicios en **MSH** pueden ser empleados o contratados por **MSH**, o pueden ser profesionales independientes que no están empleados o contratados por **MSH**. Además, entiendo que los médicos y proveedores que prestan servicios en **MSH** podrían no participar en los mismos planes de salud que **MSH**, incluso si son empleados o contratados por **MSH**.

Entiendo que los cargos por los "servicios profesionales" de médicos/proveedores que se realizan en **MSH** (profesional y/o de telemedicina) no están incluidos en los cargos de **MSH** y que los médicos / proveedores pueden cobrar por sus "servicios profesionales" por separado de **MSH**, incluso si son empleados o contratados por **MSH**.

Entiendo que puedo consultar con el(los) médico(s) que se encarga(n) de los servicios de mi hospital para determinar: (1) el nombre, el nombre de la consulta, la dirección postal y el número de teléfono de cualquier otro médico o consulta cuyos servicios serán organizados por el médico; y (2) si se prevé de manera razonable que se me proporcionarán los servicios de los médicos que están empleados o contratados por **MSH** para proporcionar servicios (incluidos anestesiología, patología y/o radiología).

Entiendo que puedo determinar los planes de salud en los que participan los médicos empleados por **MSH** accediendo a la barra de herramientas "Encuentra un doctor" en mountsinaihealth.org y navegando hasta los perfiles de los médicos para ver su información de participación en seguros.

Entiendo que la información de contacto para los grupos de médicos contratados por **MSH** para proporcionar servicios en **MSH** está disponible en mountsinai.org/about/insurance/MSH

HE LEÍDO, COMPRENDO Y ACEPTO LOS PUNTOS ANTERIORES.

Firma del paciente o del representante autorizado

Fecha

Relación con el paciente