



Acuerdo Financiero y Responsabilidades del Paciente

Patient Financial Agreement and Responsibilities

Patient Label

Piedmont Healthcare se compromete a proporcionar a los pacientes información relativa a su cobertura y a sus responsabilidades económicas. En consideración a los servicios proporcionados por Piedmont Healthcare (PHC), el paciente o su representante abajo firmante actuando en nombre del paciente, accede a lo siguiente:

Piedmont Healthcare is committed to providing patients with information regarding their coverage and financial responsibilities. In consideration of services provided by Piedmont Healthcare (PHC), the Patient or undersigned representative acting on behalf of the Patient agrees to the following:

1. Emergencia y Servicios Laborales

El paciente entiende que es su derecho recibir los exámenes médicos apropiados por parte de un médico u otro profesional médico cualificado para determinar si el paciente sufre o se encuentra en una situación médica de emergencia, y si fuera el caso, recibir el tratamiento que le establezca dentro de las capacidades del personal del PHC y sus centros, incluso si el paciente no puede costear dichos servicios, no tiene seguro médico o no cuenta con Medicare o Medicaid.

1. Emergency and Labor Services

Patient understands his/her right to receive an appropriate medical screening exam performed by a doctor or other qualified medical professional to determine whether Patient is suffering from an emergency medical condition, and if such a condition exists, stabilizing treatment within the capabilities of the PHC staff and facilities, even if Patient cannot pay for these services, does not have medical insurance or Patient is not entitled to Medicare or Medicaid.

2. Responsabilidad de Pago para Pacientes sin Medicare

A cambio de los tratamientos/servicios médicos proporcionados al paciente o al posible bebé(s) que dé a luz el paciente, este paciente comprende y sin condiciones accede a lo siguiente:

- El paciente accede a pagar o costear todos los copagos, deducibles o los resultantes de seguros adicionales.
- El paciente entiende y acepta que se le cobrarán las tasas estándar del PHC para todos los servicios no cubiertos por un pagador o que corran por cuenta propia (sin seguro médico).
- Los pacientes se dan por enterados de que podrían optar a asistencia financiera. Para obtener más información al respecto el paciente se puede poner en contacto con la oficina local de asistencia de recursos financieros, llamando a PHC Customer Service Center en el número de teléfono (1-855-788-1212) o en la página web www.piedmont.org o bien por medio del correo electrónico assistance@piedmont.org.
- El paciente específicamente accede a pagar por todos aquellos servicios que se decida que no están cubiertos por los planes de beneficios de salud ni las empresas aseguradoras.
- El paciente es consciente de que no está libre de responsabilidades por la mera prolongación del tiempo en la ejecución de la deuda, ni por el hecho de la aceptación por parte de PHC de una nota garantizando el pago de estos gastos ya sea por parte del paciente o de un tercero.
- Si el PHC solicita ayuda legal para cobrar una factura, el paciente accede a pagar los costes en que haya incurrido por dicha gestión.
- El PHC podrá utilizar datos de terceros tales como agencias de información sobre créditos para verificar datos demográficos o para evaluar opciones económicas o financieras y con dicha autorización permite de forma concreta y específica a las fuentes y empleados suministrar al PHC toda la información solicitada.

2. Non-Medicare Patient Responsibility for Payment

In return for **Medical Treatment/Services** rendered to the Patient or any infant(s) born to the Patient, Patient understands and unconditionally agrees to the following:

- Patient agrees to pay all co-payments, deductibles or co-insurances.
- Patient understands and agrees that he/she will be charged the PHC standard charge master rates for all services not covered by a Payor or that are self-pay.
- Patient understands that he/she may qualify for financial assistance. For more information, the patient may contact a local financial counseling resource, call the PHC Customer Service Center (1-855-788-1212), online at www.piedmont.org or via email at assistance@piedmont.org.
- Patient specifically agrees to pay for any services, which are determined not to be covered by any health benefit plan or insurance company.
- Patient is aware that he/she is not relieved of liability by any extension of time granted for the payment of these charges, not by the acceptance by the PHC of a note of the patient or any third person.
- If PHC requires legal assistance to collect an account, Patient agrees to pay the cost incurred for such collections.
- PHC may use data from third parties such as credit reporting agencies in order to verify demographic data or evaluate financial options and by this authorization expressly permit sources and employers to provide PHC with all information requested.

3. Concesión de Aseguradora o Beneficios del Plan de Salud

El paciente entiende que la concesión y autorización es para el pago directo al PHC por parte de todos los seguros y beneficios de los planes de salud así como de los ajustes ya sean seguros hospitalarios, médicos o de responsabilidad, incluyendo si bien no limitándose a, el proceso de reclamación de acuerdos o de sentencias judiciales por parte de un tercero como pago de todos los servicios realizados en un centro PHC. El paciente accede a que el pago de la empresa aseguradora o plan de salud al PHC conforme a la presente autorización exonerarán a la compañía aseguradora o plan de salud de la obligación de tal pago una vez realizado este directamente y por los servicios a PHC.

3. Assignment of Insurance or Health Plan Benefits

Patient acknowledges the assignment and authorization for direct payment to PHC for all insurance and health plan benefits and settlements whether hospital, medical or liability insurance including but not limited to, the proceeds of any settlement or judgment of any third party claim as payment for any and all services performed at a PHC entity. Patient agrees that the insurance company's or health plan's payment to PHC pursuant to this authorization shall discharge the insurance company's or health plan's obligations to the extent of such payment.

4. Peticiones a Terceros

El paciente reconoce que una vez mostrada la prueba de cobertura médica, el PHC enviará una solicitud de cobro por los servicios prestados a la aseguradora médica y aceptará pagos de terceros (“pagadores”) los cuales hará figurar como pagos en la cuenta del paciente según se reciban. El paciente está de acuerdo en que el solicitar las peticiones a las aseguradoras médicas se trata de un servicio y en ningún caso exime al paciente de pagar la totalidad. Además el paciente reconoce lo siguiente:

- El paciente es responsable del seguimiento con la empresa aseguradora o el empleador en el plazo de 30 días para asegurarse que la factura del paciente se paga con prontitud.
- El paciente entiende que es económicamente responsable de cualquier cargo no pagado según lo acordado en el presente acuerdo. Si el paciente paga más de lo que debe en su cuenta, lo dejará a crédito para otras posibles cuentas no pagadas (“otras cuentas”) de las que sea responsable el paciente o el asegurado o el fiador. Cualquier cantidad de dinero que quede una vez pagadas por completo las cuentas del paciente y las otras cuentas se reembolsarán al paciente o fiador.
- Con frecuencia las compañías de seguro deniegan las demandas si el seguro no se facilita en el mismo momento de la solicitud del servicio. Contacte por favor con el Centro de Ayuda al Cliente aportando la información de su seguro o bine del responsable del pago, llamando al número 1-855-788-1212. De no hacerse así podría ser que su cuenta se catalogara como la de un cliente que carece de seguro médico o que paga por su cuenta siendo así responsable de la totalidad de la factura.

4. Filing of Third Party Claims

Patient acknowledges that upon proof of coverage PHC will submit a claim for payment of insurance benefits and accept payments from third party payors (“Payors”) to be credited to Patient’s account as they are received. Patient agrees that the filing of insurance claims is performed as a service and in no way relieves Patient of the obligation to pay in full. Additionally the Patient acknowledges the following:

- Patient is responsible to follow up with any insurance company or employer within 30 days to see that Patient’s bill is paid promptly.
- Patient understands that he/she is financially responsible for charges not paid according to this agreement. If Patient overpays the amount owed on his/her account, Patient assigns credit to be applied to any other existing unpaid accounts (“Other Accounts”) for which the Patient or the insured or guarantor is also responsible. Any money remaining after the Patient’s account and Other Accounts have been paid in full will be refunded to the patient or guarantor.
- Insurance companies will often deny claims when the insurance is not presented at the time of service. Please contact our Customer Solution Center with your Insurance/Payor information at 1-855-788-1212. Otherwise your account may be considered self-pay/uninsured and you will be responsible for the total bill.

5. Concesión de Beneficios Medicare

El paciente certifica que la información aportada al solicitar el pago bajo el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social es correcta. El paciente solicita que el pago de beneficios autorizados se haga, en nombre del paciente, al proveedor de tratamiento/servicios médicos. El paciente hará que los beneficios se paguen por tratamientos/servicios médicos ofrecidos por PHC y todos sus profesionales del cuidado de la salud que ofrecen cuidados y/o tratamientos a los pacientes y autoriza a PHC y todos sus profesionales del cuidado de la salud a entregar las peticiones de pago a Medicare. El paciente autoriza a cualquier poseedor de información médica o de otra información que difunda a Medicare y a sus agentes cualquier información necesaria para fijar estos beneficios o los que estén relacionados con los servicios. El paciente entiende que es responsable de pagar cualquier deducción, copago y/o servicios no cubiertos según lo descrito por Medicare, según los términos y condiciones especificadas.

5. Assignment of Medicare Benefits

Patient certifies that the information given in applying for payment under Title XVIII of the Social Security Act is correct. Patient requests that the payment of authorized benefits be made on Patient’s behalf to the provider of Medical Treatment/Services. Patient assigns the benefits payable for Medical Treatment/Services rendered by PHC and all Healthcare Professionals rendering care and/or treatment to Patient and authorizes PHC and Healthcare Professionals to submit claims to Medicare for payment. Patient authorizes any holder of medical or other information to release to Medicare and its agents any information needed to determine these benefits or benefits for related services. Patient understands he/she is responsible for any deductibles, co-payments and/or non-covered services as defined by Medicare to be paid in accordance with all terms and conditions specified herein.

6. Concesión de Beneficios Medicaid

El paciente certifica que la información aportada al solicitar el pago bajo el Título XIX de la Ley de Seguridad Social es correcta. El paciente autoriza a cualquier poseedor de información médica o de otra información a difundir a la Dirección de Seguridad Social o a sus intermediarios o empresas parte o toda la información necesaria para esta u otras reclamaciones relacionadas con Medicaid. El paciente solicita el pago en su totalidad de los beneficios autorizados a nombre del paciente al proveedor de tratamientos/servicios médicos. El paciente asignará el pago de todos los beneficios por los tratamientos/servicios médicos ofrecidos por PHC y todos sus profesionales del cuidado de la salud que ofrecen cuidados y/o tratamiento a los pacientes a los mismos y autoriza asimismo a PHC y sus profesionales del cuidado de su salud a entregar las peticiones de pago a Medicaid.

6. Assignment of Medicaid Benefits

Patient certifies that the information given in applying for payment under Title XIX of the Social Security Act is correct. Patient authorizes any holder of medical or other information to release to the Social Security Administration or its intermediaries or carriers any and all information needed for this or related Medicaid claims. Patient requests payment of authorized benefits be made on Patient’s behalf to the provider of Medical Treatment/Services. Patient assigns the benefits payable for Medical Treatment/Services rendered by PHC and all Healthcare Professionals rendering care and/or treatment to Patient and authorizes PHC and Healthcare Professionals to submit claims to Medicaid for payment.

7. Autorización para Difundir Información

Según la Política de Privacidad del PHC este está autorizado a utilizar y divulgar la información contenida en el historial del paciente y a hacerlo en la forma que las leyes se lo permitan o le requieran. Entre la información que puede utilizar o divulgar se incluye, entre otros, información sobre enfermedades infecciosas o contagiosas, incluyendo pruebas, diagnóstico o tratamiento del VIH y del SIDA, información o tratamiento por consumo de alcohol y drogas y/o información psicológica o psiquiátrica. El paciente renuncia a cualquier privilegio relativo a dicha información confidencial y con el presente exime a PHC, a sus agentes y empleados de cualquier obligación, responsabilidad, indemnización, demanda y gastos generados por el uso y difusión de la información tal cual se ha autorizado más arriba. Entre los usos permitidos se incluye, entre otros, revelación a aseguradoras, a sus agentes o a terceros pagadores y/o a agencias gubernamentales o de servicios sociales que podrían o querrían pagar por parte de los gastos médicos/hospitalarios en que incurran o que autoricen los representantes del PHC; también a otros proveedores de cuidado médico incluyendo agencias y servicios de la comunidad para cuidados post trasplante encargados por el médico del paciente o a solicitud del paciente o de la familia del paciente o en cualquier forma que permita la ley; a entidades asociadas y adjudicatarias de PHC para la realización de actividades relacionadas con la mejora de la calidad y la evaluación de riesgos. **EL PACIENTE ES CONSCIENTE Y ESTÁ DE ACUERDO CON QUE LOS HISTORIALES MÉDICOS ESTÉN DISPONIBLES PARA TODAS LAS ENTIDADES AFILIADAS DE PHC Y TODOS SUS PROVEEDORES, Y TAMBIÉN PARA OTROS PROVEEDORES NO VINCULADOS CON PHC DE CONFORMIDAD CON LAS DISPOSICIONES GENERALES EMANADAS DE UN USO APROPIADO.** Al aceptar el tratamiento y las responsabilidades económicas de dicho tratamiento, el paciente también entiende y acepta que (a) desde el PHC pueden, de vez en cuando, contactar con él/ella por teléfono y/o mensaje de texto a través del número que el paciente haya facilitado al centro o enviar al paciente por correo electrónico información sobre el tratamiento, como por ejemplo la confirmación de una cita o de la realización de una prueba así como recordatorios, chequeos, instrucciones previas al ingreso hospitalario, instrucciones previas a la operación, visitas de seguimiento tras el alta, información sobre las recetas, encuestas de Medicare e instrucciones para el cuidado a seguir en casa y que (b) en cualquier momento y registrándose a través del Portal del Paciente de Piedmont MyChart se pueden recibir, cambiar o dejar de recibir estos y otros tipos de comunicaciones de Piedmont.

7. Authorization to Release Information

PHC is authorized to use and release information contained in the patient record as described in the PHC Notice of Privacy Practices and as otherwise permitted or required by law. The information authorized to be used or released will include, but is not limited to, infectious or contagious disease information, including HIV or AIDS-related evaluations, diagnosis or treatment, information about drug or alcohol abuse or treatment of same and/or psychiatric or psychological information. Patient waives any privilege pertaining to such confidential information and hereby releases PHC, its agents and employees from any and all liabilities, responsibilities, damages, claims and expenses arising from the use and release of information as authorized above. Permissible uses and disclosures include, but are not limited to, disclosures to insurance companies, their agents or other third party payors and/or government or social service agencies that may or will pay for any part of the medical/hospital expenses incurred or authorized by representatives of PHC; alternate care providers, including community agencies and services, for post-hospital care, as ordered by Patient's physician or as requested by Patient or Patient's family or as otherwise permitted by law; or PHC affiliates and contractors for PHC operations purposes, such as quality improvement, compliance and risk assessment activities. **PATIENT ACKNOWLEDGES AND AGREES THAT PATIENT'S RECORDS WILL BE AVAILABLE TO ALL PHC AFFILIATED ENTITIES AND PROVIDERS, AND TO NON-PHC AFFILIATED REFERRING PROVIDERS IN COMPLIANCE WITH THE PROVISIONS OF MEANINGFUL USE.** By consenting to treatment and accepting financial responsibility for any such treatment, Patient also understands and acknowledges that (a) PHC, from time-to-time, may call and/or text the cell number Patient has provided or email treatment-related information to Patient, such as appointment and exam confirmations and reminders, wellness checkups, hospital pre-registration instructions, pre-operative instructions, post-discharge follow-up, prescription notifications, Medicare-required surveys, and home healthcare instructions and (b) Patient's preferences to receive, change or stop these and other types of communications from Piedmont may be done by logging into the Piedmont MyChart Patient Portal at any time.

8. Periodo y Aplicación del Consentimiento

Los acuerdos aquí mencionados serán de aplicación a todos los servicios para pacientes internos y externos basados en el hospital así como los servicios ambulatorios y los basados en la consulta médica, y son válidos durante un (1) año tras la fecha de la firma. Lo mismo se aplica a/es de aplicación para el bebé(s) nacido(s) de un paciente del PHC.

8. Consent Timeframe and Applicability

The above agreements are applicable to all inpatient or outpatient hospital-based services and all ambulatory or physician office-based services and are valid for a term of one (1) year from the date of signature below. The same *agreement* applies to delivered infant(s) while a patient of PHC.

Validez de la Solicitud

El paciente reconoce que se puede utilizar una copia o versión electrónica de este documento siendo tan válido como el original.

El paciente confirma que ha leído, entendido y aceptado los términos de este documento y que es el propio paciente, su representante legal o que está debidamente autorizado por el paciente como su agente general, para ejecutar lo arriba mencionado y aceptar estos términos.

Validity of Form

Patient acknowledges that a copy or an electronic version of this document may be used in place of and is as valid as the original.

The patient confirms that he/she has read and understood and accepted the terms of this document and he/she is the patient, the patient's legal representative or is duly authorized by the patient as the patient's general agent to execute the above and accept its terms.

Firma del Paciente/Representante del Paciente
Patient/Patient Representative Signature

Nombre del Paciente (EN LETRA DE MOLDE)
Patient Name (PRINT)

Fecha
Date

Hora
Time

Relación con el Paciente
Relationship to Patient

Motivo por el que el Paciente no puede firmar
Reason Patient is unable to sign

Firma del Representante del Piedmont
Piedmont Healthcare Representative Signature

Nombre del Representante del Piedmont (EN LETRA DE MOLDE)
Piedmont Healthcare Representative Name (PRINT)

Fecha
Date

Hora
Time