

**Amistad Medical Clinics  
Ajar G. Meka M.D. Inc**

**Meena K. Meka M.D**

**Aruna Krishnaswamy M.D**

**All Primary Services**

606 S. Euclid St  
Anaheim, CA 92802  
P: (714)635-8570

2740 S. Bristol #208  
Santa Ana, CA 92704  
P: (714)979-5734

1510 E. 7<sup>th</sup> St  
Long Beach, CA 90813  
P: (562)590-9800

3325 Tyler Ave.  
El Monte, CA 91731  
P: (626) 416-5822

**Senior/Medicare Clinic Only**

201 S. Broadway  
Santa Ana, CA 92701  
P: (714) 571-4941

Polías Financieras: Actualizado: 20. junio 2017

**Sobre el Pago:**

- El pago de los servicios se debe realizar al momento de la visita de su médico. Aceptamos tarjetas de crédito, débito y giros postales. Si otros arreglos especiales se vuelven necesarios o está experimentando dificultades financieras, por favor discuta esto con nosotros antes de su visita al consultorio.

**En Cuanto a Seguros**

- Los servicios médicos ofrecidos a través de esta oficina se brindan directamente a usted y no a una compañía de seguros u otro tercero pagador. Nuestra oficina puede facturarle a su compañía de seguros directamente, siempre que sea elegible para los servicios y nos traiga su tarjeta de seguro médico y otra información relacionada. **Debe firmar la Asignación de Beneficios a continuación.**
- Si sus servicios médicos están relacionados con una demanda por lesiones personales, se le pedirá que firme un **Gravamen de Abogado.**
- Usted es responsable de enviar cualquier información adicional que su compañía de seguros pueda solicitarle para emitir un pago a nuestra oficina por los servicios prestados.
- Usted es responsable de cualquier cantidad que su seguro no cubra o si no ha cumplido con su deducible. Usted es responsable de pagar todos los copagos. Si opta por pagar los servicios y factura a su compañía de seguros directamente, el pago vence en el momento en que se prestan los servicios. Por favor, solicite un Superbill.

**En relación con la Confidencialidad y la Divulgación de Información Médica.**

- **HIPPA Declaración de Polisa de Privacidad:** Este consultorio médico comprende la importancia de la privacidad y se compromete a mantener la confidencialidad de su información médica. Hacemos un registro de la atención médica que proporcionamos y podemos recibir dichos registros de otros. Usamos estos registros para proporcionar o habilitar a otros proveedores de atención médica para que brinden atención médica de calidad, para obtener el pago por los servicios permitidos por su plan de salud y para que podamos cumplir con nuestras obligaciones legales y profesionales para hacer frente a esta práctica médica adecuadamente. Excepto en los casos en que la ley o los casos lo indiquen, creemos razonablemente que notificarlo podría ponerlo en riesgo, no usaremos ni divulgaremos su información médica personal sin su consentimiento por escrito. En el caso de una emergencia y si no puede o no está disponible para aceptar u objetar, nuestros profesionales de la salud utilizarán su mejor juicio para comunicarse con su familia y con los demás.
- Al firmar su **Asignación de Beneficios Médicos** a continuación, usted o una persona autorizada ha otorgado a nuestra Oficina permiso para divulgar información médica o cualquier otra que sea necesaria para procesar sus reclamaciones de seguros o para obtener pagos de otro tipo de pagador externo.
- Cualquier pregunta o inquietud sobre cómo esta práctica médica maneja su información de salud debe ser dirigida a nuestro Oficial de Privacidad designado.

**En Cuanto a las Citas:**

- Siempre que sea posible, notifique a nuestra oficina tan pronto como sea posible si no puede hacer su cita programada. De esta manera, podemos permitir que otro paciente use el tiempo que le han reservado. Se agradece un aviso de 24 horas.

**Asignación de Beneficios**

**POR LA PRESENTE AUTORIZO EL PAGO DIRECTAMENTE A LA OFICINA DE AJAY G. MEKA M.D. INC. DE OTRO MODO PAGADERO POR CARGOS POR SERVICIOS MÉDICOS PRESTADOS POR EL GRUPO MÉDICO. HE LEÍDO LAS POLÍTICAS FINANCIERAS INDICADAS ANTERIORMENTE Y ENTIENDO QUE SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DE LOS SERVICIOS NO CUBIERTOS POR ESTA AUTORIZACIÓN. AUTORIZO TAMBIÉN ESTA OFICINA PARA DIVULGAR CUALQUIER INFORMACIÓN MÉDICA U OTRA INFORMACIÓN NECESARIA PARA PROCESAR ESTA RECLAMACIÓN DE PAGO. RECONOZCO QUE UNA COPIA FOTOGRÁFICA DE ESTA AUTORIZACIÓN ES COMO LA COPIA ES LA ORIGINAL. SI ES NECESARIO QUE LA CUENTA SEA REFERIDA A UN ABOGADO O AGENCIA DE COBRANZA PARA LA RECOGIDA O EL JUEGO, PUEDO SER RESPONSABLE DE PAGAR HONORARIOS RAZONABLES DE ABOGADOS Y GASTOS DE COBRANZA.**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Tutor (si corresponde): \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_