

ACUERDO del Miembro Frontier Direct Care

Esto es un Acuerdo entre Frontier Health Access, LLC su oficina principal ubicada en 1203 W. Harrison Avenue, Harlingen. TX 78550 (más adelante nombrado "Frontier"), Médico en su capacidad como agente de "Frontier" y Usted (más adelante nombrado el "Miembro").

Antecedentes

El Médico, quien se especializa en la medicina familiar, brinda atención por parte de Frontier en la dirección arriba mencionada. A cambio de ciertas tarifas pagadas de parte de Usted, Frontier, a través de su Médico, acuerda brindar al Miembro los Servicios descritos en este Acuerdo, conforme los términos y las condiciones establecidos en este Acuerdo.

Definiciones

1. **Miembro** Un Miembro se define como las personas a quienes les brinda Servicios el Médico y quienes sean signatarios a, o personas nombradas en los documentos anexados en el Apéndice 1, e incorporadas por referencia, a este acuerdo.

2. **Servicios.** Tal como se utiliza en este Acuerdo, el término Servicios significará un paquete de servicios, tanto médicos como no médicos, y ciertas comodidades (colectivamente "Servicios") los cuales son ofrecidos por Frontier y establecidos en el Apéndice 1.

3. **Términos.** Este acuerdo comenzará en la fecha firmada por las partes a continuación y continuará por un período de un mes, renovado automáticamente.

4. **Tarifas.** A cambio de los servicios descritos en este documento, el Miembro se compromete a pagar a Frontier la cantidad publicada públicamente en www.frontierdirectcare.com. Esta tarifa se paga a la ejecución de este acuerdo y es en pago por los servicios prestados al Miembro durante la vigencia de este Acuerdo. La cancelación de este acuerdo antes de la conclusión del Término entrará en vigencia el último día del Término. No se proporcionará ningún reembolso por cancelaciones antes del vencimiento del Plazo.

5. **La No-Participación en el Seguro.** El Miembro reconoce y acepta que ni Frontier ni el Médico participan en ningún seguro de salud o planes o paneles de las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO) y han optado por no participar en Medicare. Ninguno de los anteriores hace ninguna representación de que las tarifas pagadas en virtud de este Acuerdo estén cubiertas por su seguro de salud u otros planes de pago de terceros aplicables al Miembro. El Miembro conservará la responsabilidad total y completa de dicha determinación. Si el Miembro es elegible para Medicare, o durante la vigencia de este Acuerdo se convierte en elegible para Medicare, entonces el Miembro firmará el acuerdo adjunto como Apéndice 2 e incorporado por referencia. Este acuerdo reconoce su comprensión de que el Médico ha optado por no participar en Medicare y, como resultado, no se puede facturar a Medicare por ningún servicio realizado para usted por el Médico. Usted acepta no facturar a Medicare ni intentar el reembolso de Medicare por dichos servicios. El miembro renovará y firmará el acuerdo en el Apéndice 2 cada 2 (dos) años.

6. **El Seguro u Otra Cobertura Médica.** El Miembro reconoce y acepta que este Acuerdo no es un plan de seguro, y no es un sustituto del seguro de salud u otra cobertura del plan de salud (como la membresía en una HMO). No cubrirá los servicios hospitalarios, ni ningún servicio que no sea proporcionado personalmente por Frontier o sus médicos. El Miembro reconoce y acepta que Frontier ha recomendado que el Miembro obtenga o mantenga en plena vigencia dichas pólizas de seguro de salud o planes que cubrirán al Miembro para los costos

generales de atención médica. El Miembro reconoce y acepta que este Acuerdo no es un contrato que proporcione seguro de salud, y este Acuerdo no tiene la intención de reemplazar ningún seguro de salud existente o futuro o cobertura de plan de salud que el Miembro pueda tener.

7. Ciclo de Facturación. Este Acuerdo comenzará en la fecha escrita por primera vez anteriormente y se extenderá mensualmente a partir de entonces. Tras la confirmación de la inscripción de la membresía, el monto total que cubre el mes actual de servicio se cargará a la cuenta del Miembro. Los privilegios de membresía se ganan por completo tras el pago, y el "Miembro" tendrá acceso completo a todos los Servicios de Frontier en el primer pago. Los cargos se producirán el día del mes en que el Miembro se inscribe por primera vez y se renovarán automáticamente por los sucesivos plazos mensuales. Después de cada cargo mensual de membresía, se enviará una factura detallada al correo electrónico utilizado para la inscripción

8. Método de Pago. Se requiere un método de pago al inscribirse para la membresía de Frontier y se mantendrá en el perfil de la cuenta de Miembro. El Miembro autoriza a Frontier a cobrar cualquier Método de Pago asociado con la cuenta por la cuota de membresía y los laboratorios, imágenes u otros servicios externos requeridos que el Médico considere necesarios y acordados por el Miembro. Si no se conecta ningún Método de pago a la cuenta, o si se rechaza el Método de pago principal, el Miembro sigue siendo responsable de cualquier cantidad no cobrada y sujeto a la política de terminación que se indica a continuación.

9. Rescisión. No obstante lo anterior, tanto el Miembro como Frontier tendrán el derecho absoluto e incondicional de rescindir el Acuerdo, sin que se demuestre ninguna causa de terminación, previa notificación por escrito de 30 días a la otra parte. A menos que se rescinda previamente como se establece anteriormente, al vencimiento del plazo inicial de un mes (y cada término mensual sucesivo), el Acuerdo se renovará automáticamente por términos mensuales sucesivos tras el pago de la tarifa mensual al principio del Plazo.

En el caso de un cargo automatizado fallido, se notificará al Miembro y se le dará 7 (siete) días para rectificar el problema del pago. Después del período de 7 (siete) días, la cuenta estará sujeta a suspensión por falta de pago. Después de un período de 30 días de falta de pago, Frontier notificará al Miembro de la rescisión de la membresía. Si un Miembro está interesado en volver a registrarse como miembro, la reactivación de la cuenta está sujeta a una tarifa de reactivación de \$180.

10. Rescisión con Causa. Frontier está comprometida con la salud, la seguridad y el bienestar de su personal y de cada uno de sus miembros. Frontier no tolerará comportamientos irrazonables, amenazantes, obscenos, acosadores, indecentes o ilegales. Frontier tiene el derecho de determinar lo que constituye un comportamiento inaceptable y responder en conformidad. Este derecho incluye, pero no se limita a, la terminación de la membresía sin reembolso de cualquier miembro que participe en un comportamiento inaceptable.

11. Método de Cancelación Voluntario. La membresía de Frontier se puede cancelar en cualquier momento después del periodo de 3 (tres) meses a partir de la fecha de este Acuerdo (vea "El Compromiso de Tres Meses"). El Miembro reconoce y acepta que la cancelación de la membresía es responsabilidad exclusiva del Miembro, y Frontier no será responsable ante el Miembro por notificación inoportuna de cancelación de la membresía. Si el Miembro desea cancelar la membresía, el Miembro acuerda enviar el [Formulario de](#)

[Solicitud de Cancelación de Membresía de Frontier](#) 7 (siete) días hábiles antes del fin del ciclo de facturación actual. Si se envía tal formulario para cancelar en un lapso menos de los 7 (siete) días hábiles antes del fin del ciclo de facturación, el miembro estará sujeto a la tarifa del próximo mes. Además, tras la cancelación, es responsabilidad del Miembro pagar el saldo restante de la cuenta de membresía, y si el Miembro no paga el saldo restante adeudado a Frontier, se hará todo lo posible para cobrar el saldo.

12. Comunicaciones. Usted reconoce y acepta que las comunicaciones con el Médico utilizando correo electrónico, fax, video chat, mensajería instantánea y teléfono celular no están garantizadas para ser métodos de comunicación seguros o confidenciales. Como tal, usted renuncia expresamente a la obligación del Médico de garantizar la confidencialidad con respecto a la correspondencia que utiliza dichos medios de comunicación. Usted reconoce y acepta que todas estas comunicaciones pueden convertirse en parte de sus registros médicos. Usted reconoce y acepta que toda la comunicación entre usted y el Médico está destinada a fines médicos, y Frontier no tolerará ni fomentará el lenguaje crudo, obsceno, explícito o acosador. Dicha comunicación es motivo para la terminación inmediata de la membresía y puede estar sujeta a acciones legales.

Mediante la autorización de registro en el momento de la inscripción a través del registro de salud electrónico de Frontier, el Miembro autoriza a Frontier y a sus Médicos a comunicarse con el Miembro por correo electrónico con respecto a la "Información de Salud Protegida" (PHI) del Miembro (como se define ese término en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) de 1996 y sus regulaciones de implementación). El Miembro reconoce y acepta que: (a) el correo electrónico no es necesariamente un medio seguro para enviar o recibir PHI y, siempre existe la posibilidad de que un tercero pueda obtener acceso; (b) Aunque el Médico hará todos los esfuerzos razonables para mantener las comunicaciones por correo electrónico confidenciales y seguras, ni Frontier, ni el Médico pueden asegurar o garantizar la absoluta confidencialidad de las comunicaciones por correo electrónico; (c) A discreción del Médico, las comunicaciones por correo electrónico pueden formar parte del registro médico permanente del Miembro; y (d) el Miembro reconoce y acepta que el correo electrónico no es un medio apropiado de comunicación con respecto a emergencias u otros asuntos urgentes o para consultas relacionadas con información confidencial. En el caso de una emergencia, o una situación en la que el miembro podría esperar razonablemente convertirse en una emergencia, el Miembro llamará al 911 o a la sala de emergencias más cercana, y seguirá las instrucciones del personal de emergencia.

Si el Miembro no recibe una respuesta a un mensaje de correo electrónico dentro de un día, el Miembro acepta utilizar otro medio de comunicación para ponerse en contacto con el Médico. Ni Frontier, ni el Médico serán responsables ante el Miembro por cualquier pérdida, costo, lesión o gasto causado por, o resultante de, un retraso en la respuesta al Miembro como resultado de fallas técnicas, incluyendo, pero no limitado a, (i) fallas técnicas atribuibles a cualquier proveedor de servicios de Internet, (ii) cortes de energía, falla de cualquier software de mensajería electrónica, o la falta de dirección adecuada de los mensajes de correo electrónico, (iii) la falla de las computadoras o la red informática del Consultorio, o la transmisión defectuosa de datos telefónicos o por cable, (iv) cualquier interceptación de las comunicaciones por correo electrónico por parte de un tercero; o (v) su incumplimiento de las pautas con respecto al uso de las comunicaciones por correo electrónico establecidas en este párrafo.

13. Cambio de Ley. Si hay un cambio de cualquier ley, regulación o regla, federal, estatal o local, que afecte el Acuerdo, incluidos estos Términos y Condiciones, que se incorporan por

referencia en el Acuerdo, o las actividades de cualquiera de las partes en virtud del Acuerdo, o cualquier cambio en la interpretación judicial o administrativa de dicha ley, regulación o regla, y cualquiera de las partes cree razonablemente de buena fe que el cambio tendrá un efecto adverso sustancial en los derechos, obligaciones u operaciones de esa parte asociadas con el Acuerdo, entonces esa parte puede, previa notificación por escrito, requerir que la otra parte entre en negociaciones de buena fe para renegociar los términos del Acuerdo, incluidos estos Términos y Condiciones. Si las partes no pueden llegar a un acuerdo sobre la modificación del Acuerdo dentro de los cuarenta y cinco días posteriores a la fecha de vigencia del cambio, cualquiera de las partes puede rescindir inmediatamente el Acuerdo mediante notificación por escrito a la otra parte.

14. **Divisibilidad.** Si por alguna razón alguna disposición de este Acuerdo fuera considerada, por un tribunal de jurisdicción competente, como legalmente inválida o inaplicable en cualquier jurisdicción a la que se aplique, la validez del resto del Acuerdo no se verá afectada, y esa disposición se considerará modificada en la medida mínima necesaria para que esa disposición sea consistente con la ley aplicable y en su forma modificada, y dicha disposición será entonces ejecutiva.

15. **Reembolso por Servicios Prestados.** Si este Acuerdo se considera inválido por cualquier motivo, y si Frontier está obligado a reembolsar la totalidad o parte de las tarifas mensuales pagadas por el Miembro, el Miembro acepta pagar a Frontier una cantidad igual al valor razonable de los Servicios realmente prestados al Miembro durante el período de tiempo por el cual se pagaron las tarifas reembolsadas.

16. **Enmienda.** Ninguna enmienda de este Acuerdo será vinculante para una parte a menos que se haga por escrito y esté firmada por todas las partes. No obstante lo anterior, el Médico puede enmendar unilateralmente este Acuerdo en la medida requerida por la ley o regulación federal, estatal o local ("Ley Aplicable") enviándole un aviso por escrito con 30 días de anticipación de dicho cambio. Dichos cambios se incorporan por referencia a este Acuerdo sin necesidad de firma por las partes y son efectivos a partir de la fecha establecida por Frontier, excepto que Miembro iniciará dicho cambio a solicitud de Frontier. Además, si la Ley Aplicable requiere que este Acuerdo contenga disposiciones que no estén expresamente establecidas en este Acuerdo, entonces, en la medida necesaria, dichas disposiciones se incorporarán por referencia a este Acuerdo y se considerarán parte de este Acuerdo como si hubieran sido expresamente establecidas en este Acuerdo.

17. **Asignación.** Este Acuerdo, y cualquier derecho que el Miembro pueda tener en virtud del mismo, no puede ser asignado o transferido por el Miembro.

18. **Relación de las partes.** El Miembro y el Médico tienen la intención y acuerdan que el Médico, en el desempeño de sus funciones en virtud de este Acuerdo, es un contratista independiente, según lo definido por las pautas promulgadas por el Servicio de Impuestos Internos de los Estados Unidos y o el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, y el Médico tendrá el control exclusivo de su trabajo y la forma en que se realiza.

19. **Importancia Jurídica.** El Miembro reconoce y acepta que este Acuerdo es un documento legal y crea ciertos derechos y responsabilidades. El Miembro también reconoce y acepta haber tenido un tiempo razonable para buscar asesoramiento legal con respecto al Acuerdo y ha optado por no hacerlo o lo ha hecho y está satisfecho con los términos y condiciones del Acuerdo.

20. **Miscelánea.** El presente Acuerdo se interpretará sin tener en cuenta las presunciones

o normas que exijan la interpretación en contra de la parte que haya hecho redactar el instrumento. Los subtítulos en este Acuerdo se utilizan solo por conveniencia y no limitarán, ampliarán ni calificarán el texto.

21. **Acuerdo Completo.** Este Acuerdo contiene el acuerdo completo entre las partes y reemplaza todos los entendimientos y acuerdos orales y escritos anteriores con respecto al tema de este Acuerdo.

22. **Jurisdicción.** Este Acuerdo se registrará e interpretará bajo las leyes del Estado de Texas y todas las disputas que surjan de este Acuerdo se resolverán en el tribunal del lugar y jurisdicción adecuados para la dirección de Frontier en Harlingen, Texas.

23. **SERVICIO.** Todas las notificaciones por escrito se consideran notificadas si se envían a la dirección de la parte escrita anteriormente o si aparecen en el registro de salud electrónico de "Frontier" por correo postal de primera clase de los Estados Unidos.

Usted acepta que su firma electrónica es el equivalente legal de su firma manual.

In the event of any discrepancy between the original English version of this agreement and the Spanish translated version, the English version takes precedence.

En el caso de cualquier discrepancia entre la versión original en inglés de este acuerdo y la versión traducida al español, la versión en inglés impera.

Frontier Health Access, LLC

_____ **Nombre del Médico (impreso)**

_____ **Firma del Médico**

_____ **Fecha**

Apéndice 1

Servicios y Términos de Pago

1. **Servicios Médicos.** Tal como se utiliza en este Acuerdo, el término Servicios Médicos significará aquellos servicios médicos que el Médico, él mismo, está autorizado a realizar bajo las leyes del Estado de Texas y que son consistentes con su capacitación y experiencia como médico de medicina familiar, según sea el caso. El "miembro" también tendrá derecho a un "examen y evaluación de bienestar" anual en profundidad, que será realizado por el médico, e incluirá lo siguiente:

Evaluación de riesgos para la salud

Exámenes de la vista y la audición

Pruebas de función pulmonar

Electrocardiograma (ECG)

Análisis exhaustivo de laboratorio*

Análisis de grasa corporal

Examen psicosocial

Plan de bienestar personalizado para incluir ejercicio y plan dietético

*Se aplican algunas restricciones

El Médico puede de vez en cuando, debido a vacaciones, días de enfermedad y otras situaciones similares, no estar disponible para proporcionar los servicios mencionados anteriormente en este párrafo 1. Durante esos momentos, las llamadas del Miembro al Médico, o al consultorio del Médico, se dirigirán a un médico que esté "cubriendo" al Médico durante su ausencia. Frontier hará todo lo posible para organizar la cobertura, pero no puede garantizar dicha cobertura.

2. **Servicios Personalizados No-Médicos.** Frontier también proporcionará al Miembro los siguientes servicios no médicos ("Servicios no médicos"):

(a) **Acceso 24/7.** El Miembro tendrá acceso al Médico a través de mensajería instantánea y video chat. El miembro también tendrá acceso directo por teléfono y buscapersonas al médico las veinticuatro horas del día, los siete días de la semana. Al Miembro se le dará un número de teléfono donde el Miembro puede comunicarse con el Médico directamente durante todo el día. Durante la ausencia del Médico por vacaciones, educación médica continua, enfermedad, emergencias o días libres, Frontier brindará los servicios de un proveedor de atención médica con licencia para asistir en la obtención de servicios médicos. Miembro deberá recibir instrucciones sobre cómo ponerse en contacto con dicho proveedor de atención médica.

(b) **Acceso al correo electrónico.** Al Miembro se le dará la dirección de correo electrónico del Médico al que se puede dirigir las comunicaciones no urgentes. Dichas comunicaciones serán tratadas por el Médico o miembro del personal del Consultorio de manera oportuna. El Miembro entiende y acepta que el correo electrónico e Internet nunca deben usarse para acceder a la atención médica en caso de una emergencia, o cualquier situación que el Miembro pueda esperar razonablemente puede convertirse

en una emergencia. El Miembro acepta que, en tales situaciones, cuando un Miembro no pueda hablar con el Médico inmediatamente en persona o por teléfono, ese Miembro llamará al 911 o al proveedor de asistencia médica de emergencia más cercano, y seguirá las instrucciones del personal médico de emergencia.

(c) Citas sin espera o de un tiempo de espera mínima. Se hará todo lo posible para asegurar que el Miembro sea visto por el Médico inmediatamente después de llegar para una visita programada al consultorio o después de un tiempo de espera mínima.

d) Citas el mismo día/día siguiente. Cuando el Miembro llama o envía un correo electrónico al Médico antes del mediodía de un día normal de oficina (de lunes a viernes) para programar una cita, se harán todos los esfuerzos razonables para programar una cita con el Médico el mismo día. Si el Miembro llama o envía un correo electrónico al Médico después del mediodía en un día normal de oficina (de lunes a viernes) para programar una cita, se harán todos los esfuerzos razonables para programar la cita del Miembro con el Médico en el siguiente día normal de oficina. En cualquier caso, sin embargo, Frontier hará todos los esfuerzos razonables para programar una cita para el Miembro el mismo día en que se realiza la solicitud.

(e) Visitas a domicilio o al consultorio. El Miembro puede solicitar que el Médico vea al Miembro en el domicilio u oficina del Miembro, y en situaciones en las que el Médico considere que dicha visita es razonablemente necesaria y apropiada, hará todos los esfuerzos razonables para cumplir con la solicitud del Miembro.

f) Visitas. Los miembros de la familia* que visitan temporalmente de fuera de la ciudad a un Miembro podrán, durante un período de dos semanas, aprovechar los servicios descritos en los subpárrafos (a), (c) y (d) de este párrafo. Los servicios médicos prestados a las visitas del Miembro se cobrarán sobre una base de tarifa por servicio.

***Los miembros de la familia que son beneficiarios de Medicare deben estar cubiertos por un acuerdo de exclusión voluntaria y exención de Medicare para ser tratados por un médico Frontier.**

g) Especialistas. El Médico de Frontier coordinará con los especialistas médicos a quienes se remita el Miembro para ayudar al Miembro a obtener atención especializada. El Miembro entiende que los honorarios pagados en virtud de este Acuerdo no incluyen ni cubren los honorarios de especialistas o los honorarios debidos a cualquier profesional médico que no sea el Médico de Frontier.

Apéndice 2

National Government Services, Inc. Página: 1 de 2

Form #: BEN-13580 Form_Revised 03/23/2009 529_0309

Contrato Privado de Medicare

Este acuerdo se firma el _____ (Fecha), por y entre _____ (más adelante nombrado el "médico"), cuyo consultorio principal está ubicado en 1203 W Harrison Avenue, Harlingen, TX 78550 y _____ (un Miembro inscrito en Medicare Parte B, más adelante nombrado el Miembro), quien reside en _____.

Antecedentes

Una disposición de la Ley del Seguro Social permite a los beneficiarios y médicos de Medicare contratar de forma privada fuera del programa de Medicare. Bajo la ley tal como existía antes del 1 de enero de 1998, a un médico no se le permitía cobrar a un Miembro más de un cierto porcentaje que exceda el monto de la tabla de tarifas de Medicare. Una nueva disposición, que entró en vigencia el 1 de enero de 1998, permite a los médicos y Miembro(s) celebrar acuerdos privados a través de un contrato escrito bajo el cual el Miembro puede acordar pagarle al médico más de lo que se pagaría bajo el programa Medicare.

Un "contrato privado" es un contrato entre un beneficiario de Medicare y un médico u otro profesional que ha optado por no participar en Medicare durante dos años para todos los artículos y servicios cubiertos que proporciona a los beneficiarios de Medicare. En un contrato privado, el beneficiario de Medicare acuerda renunciar al pago de Medicare por los servicios proporcionados por el médico / practicante y pagarle al médico / profesional sin tener en cuenta los límites que de otro modo se aplicarían a lo que el médico / profesional podría cobrar.

El propósito de este contrato es permitir que el Miembro (que de otra manera es un beneficiario de Medicare) y el médico aprovechen esta nueva disposición en la ley de Medicare y establezca los derechos y obligaciones de cada uno. Este acuerdo se limita al acuerdo financiero entre el Médico y el Miembro y no tiene la intención de obligar a ninguna de las partes a un curso específico o duración del tratamiento.

Los médicos y Miembros que se benefician de esta disposición no pueden presentar reclamos ni esperar el pago de esos servicios de Medicare.

Excepción:

En una situación de emergencia o atención de urgencia, un médico / profesional que opta por no participar puede tratar a un beneficiario de Medicare con quien él / ella no tiene un contrato privado y facturar por dicho tratamiento. En tal situación, el médico / profesional no puede cobrar al beneficiario más de lo que un médico / profesional no participante podría cobrar y debe presentar un reclamo a Medicare en nombre del beneficiario. El pago se realizará por artículos o servicios cubiertos por Medicare proporcionados en situaciones de emergencia o urgentes cuando el beneficiario no haya firmado un contrato privado con ese médico / profesional.

A. Obligaciones del Médico

1. El médico se compromete a proporcionar el tratamiento que pueda ser mutuamente acordado por las partes y a honorarios mutuamente acordados.
2. El médico se compromete a no presentar ningún reclamo bajo el programa Medicare para ningún artículo o servicio, incluso si de otra manera dichos artículos o servicios están cubiertos por Medicare.
3. El médico reconoce que no ejecutará este contrato en un momento en que el Miembro se enfrente a una situación de emergencia o atención médica urgente.

B. Obligaciones del Miembro

1. El Miembro o su representante legal autorizado acuerda no presentar un reclamo (o solicitar que el médico presente un reclamo) bajo el programa Medicare para dichos artículos o servicios que el médico pueda proporcionar, incluso si de otra manera dichos artículos o servicios están cubiertos por el programa Medicare.
2. El Miembro o su representante legal autorizado acepta ser responsable, ya sea a través del seguro o de otra manera, del pago de dichos artículos o servicios y entiende que no se proporcionará ningún reembolso bajo el programa Medicare por dichos artículos o servicios.
3. El Miembro o su representante legal autorizado reconoce que los límites de Medicare no se aplican a lo que el médico / profesional puede cobrar por artículos o servicios proporcionados por el médico / profesional.
4. El Miembro reconoce que los planes Medigap no realizan pagos por artículos y servicios no pagados por Medicare, y otros planes de seguro complementario pueden optar por no hacerlo.
5. El Miembro reconoce que tiene derecho a obtener artículos y servicios cubiertos por Medicare de médicos y profesionales que no han optado por no participar en Medicare, y que no está obligado a celebrar contratos privados que se apliquen a otros servicios cubiertos por Medicare proporcionados por otros médicos o profesionales que no han optado por no participar.
6. El Miembro reconoce que él o su representante legal entiende que el pago de Medicare no se realizará por ningún artículo o servicio proporcionado por el médico / profesional que de otro modo habría sido cubierto por Medicare si no hubiera habido un contrato privado y se hubiera presentado un reclamo adecuado de Medicare.

C. El estado del médico: El Miembro reconoce además su comprensión de que el médico (ha sido/no ha sido) excluido de la participación bajo el programa Medicare bajo la Sección 1128.

D. Terminación and Rescisión: Este acuerdo comenzará en la fecha anterior y continuará en vigor hasta _____ (El médico debe insertar la fecha de 2 (dos) años después de que firme el affidavit). A pesar del plazo del acuerdo, cualquiera de las partes puede optar por rescindir el tratamiento con un aviso razonable a la otra parte. A pesar de este derecho a rescindir el tratamiento, tanto el médico como el Miembro acuerdan que la obligación de no buscar el reembolso de Medicare, por artículos y servicios proporcionados bajo este contrato, sobrevivirá a este contrato.

Pólizas de Atención Directa Frontier

Pagos: No aceptamos pagos de terceros. No facturamos a terceros. Con solicitud previa, proporcionaremos una factura si el Miembro desea solicitar el reembolso a través de un tercero.

Solicitudes de Renovación de Receta: Favor de ponerse en contacto primero con la farmacia para las renovaciones de recetas médicas. Favor de limitar las solicitudes de renovación de rutina al horario comercial regular.

Citas: Priorizaremos la puntualidad de sus citas. Las llegadas más tarde de la hora de la cita programada pueden requerir un tiempo de cita abreviado o una reprogramación para una fecha posterior.

Cancelación: Favor de proporcionar un aviso de 24 horas para la cancelación de la cita.

Cambios de Datos: Favor de proporcionar las actualizaciones de la dirección, el número de teléfono o la información de la tarjeta de crédito lo antes posible. La falta de notificación que resulte en pagos perdidos invalidará el acuerdo de atención primaria directa hasta que se realice el pago.

Narcóticos: Recetamos narcóticos únicamente para el dolor por cáncer o el dolor postquirúrgico. Los narcóticos no se guardan en la oficina.

Derecho de Conciencia: Frontier afirma enérgicamente los derechos de conciencia para los trabajadores de la salud y espera que cada médico practique la medicina dentro de los límites de su propia conciencia. En ningún momento un médico o empleado se verá obligado a realizar, facilitar o referir para cualquier tratamiento médico en el que no esté dispuesto a participar.

Abortos: No participamos ni referimos para ningún tratamiento destinado a causar un aborto.

Reasignación de Género: No participamos ni referimos ningún tratamiento destinado a alterar el género.

Residentes y Estudiantes: Como miembro de nuestro programa, usted puede encontrarse con médicos residentes y estudiantes de medicina. Le invitamos y animamos a participar en la educación de estos aprendices brillantes, entusiastas y enérgicos. Usted siempre será evaluado por su médico, incluso cuando sea visto por un residente o estudiante.

Al firmar a continuación, usted reconoce haber leído, entendido lo anterior e indicado su acuerdo con la información y expectativas anteriores.