



NOMBRE:

N.º DE PÓLIZA:

N.º de identificación del paciente:

N.º DE CUENTA:

Fecha de vigencia:

FECHA DE NACIMIENTO:

FECHA ESTIMADA DE PARTO:

FECHA DE CANCELACIÓN:

PAGO INICIAL: \$ _____

ACUERDO DEL PLAN DE PAQUETES DE MATERNIDAD DE MIHS si vive en el estado de Arizona

Maricopa Integrated Health System (MIHS) se complace en ofrecerle el acuerdo del Plan de Paquetes de Maternidad. El Plan ofrece atención de maternidad prenatal completa a un precio accesible. Los precios de los paquetes incluyen los honorarios del médico y los cargos del hospital y la clínica. Si usted ha acordado dar a luz a su bebé en Maricopa Medical Center (MMC), firme este acuerdo y proporcione el pago completo dentro de 90 días de haber firmado el contrato o antes de que se le dé de alta después de dar a luz, lo que ocurra primero. Si desea pagar la cantidad completa al momento de firmar el contrato, el precio total del paquete será reducido. Este plan se ofrece al público que vive **fuera del Condado Maricopa, pero dentro del estado de Arizona** y no tiene requisitos de ingresos.

Requisitos de elegibilidad: Al momento de firmar este acuerdo del Plan de Paquetes de Maternidad la madre debe acordar dar a luz a su bebé en Maricopa Medical Center (MMC). Este acuerdo no es para pacientes que tienen seguro médico para atención de maternidad ni para pacientes inscritos en AHCCCS.

Como parte de este acuerdo, usted puede escoger recibir la siguiente atención y servicios:

ATENCIÓN PRENATAL: Por favor escoja una de las clínicas a continuación que le sea más conveniente.

COMPREHENSIVE HEALTHCARE CENTER (CHC) WOMEN'S CLINIC	(602) 344-5407	2525 E. Roosevelt St., Phoenix 85008
AVONDALE FHC	(623) 344-6800	950 E. Van Buren, Avondale 85323
CHANDLER FHC	(480) 344-6100	811 S. Hamilton, Chandler 85225
EL MIRAGE FHC	(623) 344-6500	12428 W. Thunderbird, El Mirage 85335
GLENDALE FHC	(623) 344-6700	5141 W. Lamar, Glendale 85301
GUADALUPE FHC	(480) 344-6000	5825 E. Calle Guadalupe, Guadalupe 85283
MARYVALE FHC	(623) 344-6900	4011 N. 51st Ave., Phoenix 85031
MESA FHC	(480) 344-6200	59 S. Hibbert, Mesa 85210
SEVENTH AVENUE FHC	(602) 344-6600	1205 S. 7th Ave., Phoenix 85007
SOUTH CENTRAL FHC	(602) 344-6400	33 W. Tamarisk, Phoenix 85041
SUNNYSLOPE FHC	(602) 344-6300	934 W. Hatcher, Phoenix 85021

Servicios de atención prenatal: Bajo el Plan de Paquetes de Maternidad se le proporcionarán los siguientes servicios de atención prenatal:

1. Consultas de rutina para atención prenatal con un médico/proveedor y consultas a la clínica con proveedores de ginecología y obstetricia.
2. Educación de preparación para el parto, clases de lactancia y sobre la crianza de los hijos
3. Ultrasonido(s) obstétrico(s) según sea necesario
4. Vitaminas y suplementos de hierro
5. Una consulta en el área de valoración de la sala de parto y alumbramiento en Maricopa Medical Center
6. Un examen de salud oral para la madre con un proveedor
7. Las siguientes pruebas de laboratorio de rutina en el cuidado prenatal y servicios de radiología:

• Examen de conteo sanguíneo completo (2)	• Prueba de ETS: Gonorrea, Clamidia, VIH, Sífilis
• Antígeno de superficie de Hepatitis B	• Prueba de tuberculosis (1)
• Prueba de tipo de sangre y detección de anticuerpos	• Radiografía de tórax (1 si la prueba de TB lo indica)
• Prueba de la rubeola	• Prueba de detección cuádruple AFP (alfa fetoproteína): 16 - 18 semanas
• Electroforesis de hemoglobina	• Prueba de tolerancia a la glucosa de 1 hora
• Prueba con tira reactiva de orina (en cada consulta)	• Prueba de tolerancia a la glucosa de 3 horas (1 si se indica)
• Papanicolaou	• Estreptococo beta
• Cultivo de orina y prueba de sensibilidad en la consulta inicial (1)	• Monitoreo fetal con prueba de no estrés (NST) en el Centro de Pruebas de Anteparto
• Análisis e inyecciones Rhogam	• Vacuna contra la gripe (si se indica)
• Vacunas contra el tétanos, la difteria y tosferina (si se indica)	

DESCRIPCIÓN DE LAS OPCIONES DE PARTO Y PROGRAMAS: Por favor ponga sus iniciales en la(s) opción(es) que desea:

1. OPCIÓN DE PARTO VAGINAL NORMAL (CON O SIN EPIDURAL)

Esta opción cubre el costo del parto vaginal normal y la hospitalización de postparto de hasta dos (2) días en MMC para la madre y el bebé.

Usted debe pagar **\$6500** dentro de los próximos 90 días o antes de que se le dé de alta después de dar a luz, lo que ocurra primero. ____ **(Iniciales)**

O

Usted debe pagar un total de **\$5400** ahora (descuento por pagar al momento de firmar). ____ **(Iniciales)**

2. OPCIÓN DE PARTO VAGINAL NORMAL con LIGADURA DE TROMPAS BILATERAL

Esta opción cubre el costo del parto vaginal normal y la hospitalización de postparto de hasta dos (2) días en MMC para la madre y el bebé, y el costo de la ligadura de trompas bilateral para la madre.

Usted debe pagar **\$6900** dentro de los próximos 90 días o antes de que se le dé de alta después de dar a luz, lo que ocurra primero. _____ **(Iniciales)**

O

Usted debe pagar un total de **\$5800** ahora (descuento por pagar al momento de firmar). _____ **(Iniciales)**

*CESÁREA NO PLANIFICADA

En el caso de las madres que eligen y firman la opción de parto vaginal normal (Opciones #1 o #2 de arriba), usted entiende que este acuerdo del Plan de Paquetes de Maternidad **no** cubre una cesárea de emergencia si se requiere una. Usted será responsable por el costo adicional de una cesárea de emergencia y la hospitalización de hasta cuatro (4) días en MMC para la madre y el bebé. Usted debe pagar un total de **\$1850** por su cesárea de emergencia dentro de 90 días después de que se le dé de alta después de dar a luz a su bebé en MMC.

_____ **(Iniciales)**

3. CESÁREA PLANIFICADA

Esta opción cubre el costo de una cesárea planificada y la hospitalización de postparto de hasta cuatro (4) días en MMC para la madre y el bebé.

Usted debe pagar **\$7700** dentro de los próximos 90 días después de firmar el contrato o antes de que se le dé de alta después de dar a luz, lo que ocurra primero. _____ **(Iniciales)**

O

Usted debe pagar un total de **\$6500** ahora (descuento por pagar al momento de firmar). _____ **(Iniciales)**

4. LIGADURA DE TROMPAS BILATERAL (con cesárea solamente) \$75 adicionales

Esta opción agrega el costo de la ligadura de trompas bilateral a la cantidad requerida por la opción de cesárea. (**No** es elegible para el descuento). _____ **(Iniciales)**

5. GEMELOS - \$350 adicionales

Esta opción agrega **\$350** si usted da a luz a gemelos en MMC. Si se descubre que va a dar a luz a gemelos después de que ha comenzado la atención, entonces esta cantidad se agregará al total de su paquete. (**No** es elegible para descuento). _____ **(Iniciales)**

ATENCIÓN POSTPARTO: Se le proporcionará la siguiente atención de postparto a usted o a su bebé sin costo adicional en las clínicas de MIHS mencionadas anteriormente como parte de este acuerdo firmado por usted.

Hasta dos (2) CONSULTAS DE BEBÉ SANO dentro de los primeros 30 días con un médico/proveedor en MIHS.

REVISIÓN POSTPARTO PARA LA MADRE con un médico/proveedor dentro de 12 semanas después de dar a luz si no tuvo una cesárea

o

Dos (2) consultas con un médico/proveedor para las pacientes con cesárea.

Entiendo que viajar antes de 4 a 6 semanas después del nacimiento de mi bebé está en contra del consejo de mi médico. _____ **(Iniciales)**

EXCLUSIONES: El plan de paquete de maternidad no cubre los siguientes servicios: servicios de cunero de especialidad o de alto riesgo (unidad de cuidados intensivos neonatales o NICU, por sus siglas en inglés), los servicios de postparto de alto riesgo para el recién nacido y/o la madre, bebé prematuro, pruebas de ADN, servicios dentales (aparte del examen de salud oral incluido), nacimientos múltiples aparte de gemelos, circuncisiones, radiografías, servicio de anestesia (aparte del que se necesite para el parto o la ligadura de trompas), cunero de atención especial, planificación familiar, control de la natalidad (a menos que se administre en el hospital), hospitalización prolongada para atención médica por complicaciones, y consulta con un médico fuera de la especialidad de ginecología y obstetricia, amniocentesis, translucencia nucal/evaluación en el primer trimestre, pruebas genéticas y pruebas de laboratorio enviadas fuera de MIHS para su procesamiento. Usted será responsable por esos cargos adicionales. _____ **(Iniciales)**

DESCRIPCIÓN DE LOS CARGOS

DESCRIPCIÓN	SI SE PAGA DENTRO DE 90 DÍAS DESPUÉS DE FIRMAR O ANTES DE QUE SE LE DÉ DE ALTA DESPUÉS DEL PARTO, LO QUE OCURRA PRIMERO	SI SE PAGA LA CANTIDAD TOTAL HOY
PARTO VAGINAL NORMAL (con o sin epidural)	\$6500	\$5400
PARTO VAGINAL NORMAL CON LIGADURA DE TROMPAS	\$6900	\$5800
CESÁREA NO PLANIFICADA/DE EMERGENCIA	\$1850 adicionales	NO APLICA
CESÁREA PLANIFICADA	\$7700	\$6500
LIGADURA DE TROMPAS BILATERAL (con cesárea solamente)	\$75 adicionales	\$75 adicionales
GEMELOS	\$350 adicionales	\$350 adicionales

ACUERDO DEL PLAN DE PAQUETES DE MATERNIDAD

Para participar en el Plan de Paquetes de Maternidad la PACIENTE debe leer y estar de acuerdo con los siguientes términos.

Entiendo los servicios cubiertos bajo este acuerdo del Plan de Paquetes de Maternidad y que soy elegible para recibir los servicios indicados con mis iniciales. _____ **(Iniciales)**

Entiendo que debo pagar el precio total del paquete dentro de 90 días después de firmar este acuerdo o antes de que se me dé de alta del hospital, lo que ocurra primero. Además, entiendo que los servicios que he recibido de MIHS o District Medical Group Inc. (DMG), antes de la fecha en que firme este acuerdo no están cubiertos bajo este acuerdo. _____ **(Iniciales)**

Entiendo que si pago el paquete en su totalidad al momento de firmar este acuerdo, recibiré un descuento en el precio total del paquete descrito arriba (a menos que el acuerdo indique algo diferente).
_____ **(Iniciales)**

Entiendo que hay ciertos servicios que no están cubiertos bajo los términos de este acuerdo o plan y que estos están descritos en el párrafo de **EXCLUSIONES** arriba. Además, cualquier servicio descrito en el párrafo de **EXCLUSIONES**, y cualquier otro servicio no descrito en este acuerdo no está cubierto por este plan, y seré responsable por el total de los costos de dichos servicios y MIHS me facturará por esos servicios y DMG, Inc., me facturará por los servicios **profesionales** del médico/proveedor.
_____ **(Iniciales)**

Entiendo que recibiré una factura por los cargos de hospital y una factura por los servicios del médico/proveedor o servicios profesionales proporcionados por DMG, Inc. si yo o mi bebé nos quedamos en el hospital días adicionales o días que no están cubiertos por la opción de parto que he seleccionado
_____ **(Iniciales)**

Entiendo que puede haber cargos adicionales por cada día en el cunero para “bebés sanos” del hospital por cada bebé adicional (o gemelo) que dé a luz en Maricopa Medical Center. Además entiendo que recibiré facturas tanto de MIHS como DMG, Inc., por estos servicios y que la cantidad total de estos servicios se debe pagar dentro de 90 días después de dar a luz. _____ **(Iniciales)**

Entiendo que si compro el paquete de parto vaginal normal, Opción #1 o #2, seré responsable por el costo adicional de una cesárea de emergencia y de la hospitalización, de hasta cuatro (4) días, en Maricopa Medical Center para la madre y el bebé. También entiendo que debo pagar el total de los costos de la cesárea de emergencia equivalente a **\$1850** dentro de 90 días después de que se me dé de alta de Maricopa Medical Center. _____ **(Iniciales)**

Entiendo que si compro las opciones de parto 1, 2, 3, 4, o 5, debo pagar la tarifa del paquete dentro de 90 días después de haber firmado este acuerdo o antes de que se me dé de alta de Maricopa Medical Center o de lo contrario seré responsable por los cargos completos facturados en los archivos del Arizona Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud de Arizona). Entiendo que si no pago la cantidad total que debo a MIHS antes del día en que se me dé de alta, puede haber cargos adicionales por los servicios de hospital o los servicios profesionales de médico/proveedor, y que seré responsable de pagar el total de estos cargos adicionales a MIHS y al grupo médico DMG, Inc. Entiendo que si no pago la cantidad total requerida antes de la fecha en que se me dé de alta, los pagos que ya haya hecho a MIHS o DMG, Inc. se aplicarán a cualquier saldo con MIHS y/o DMG, Inc., pero que seguiré siendo responsable por la cantidad restante. _____ **(Iniciales)**

Entiendo que si compro la Opción 3 de cesárea planificada pero tengo un parto vaginal normal (Opción 1 o 2) en MMC, tendrán efecto los términos de la opción de parto vaginal normal (Opción 1 o 2) como

corresponde, y que toda cantidad que haya pagado a MIHS para la Opción 3 de cesárea planificada que exceda la cantidad de los cargos de la Opción 1 o 2 se me reembolsarán dentro de 90 días después de dar a luz; pero además entiendo que todos los pagos en exceso que haya hecho a MIHS serán primero aplicados al saldo que tenga con MIHS y/o DMG, Inc. _____ **(Iniciales)**

Entiendo que si se produce un aborto espontáneo o pérdida del embarazo, el dinero que ya haya pagado para el Paquete de Maternidad será usado para cubrir los costos de los servicios de MIHS y DMG, Inc., relacionados con el aborto espontáneo o la pérdida del embarazo. Además entiendo que los costos de MIHS y DMG, Inc. relacionados con un aborto espontáneo o la pérdida del embarazo no son parte del Paquete de Maternidad, y se requerirá que pague por dichos servicios de MIHS, ya que corresponden a servicios de hospitalización de alto riesgo o a servicios de parto de alto riesgo y servicios de postparto de alto riesgo, según sea necesario, y por lo tanto los costos de MIHS por estos servicios adicionales son más de lo que ya había pagado por el Plan de Paquetes de Maternidad, y pagaré la cantidad adicional. Si después del aborto espontáneo o pérdida del embarazo se determina que la cantidad que haya pagado a MIHS es más alta que los costos de MIHS relacionados con el aborto espontáneo o pérdida del embarazo, se me reembolsará la cantidad pagada en exceso dentro de 90 días. _____ **(Iniciales)**

Estoy de acuerdo en que si en algún momento MIHS me aconseja que un miembro de mi familia/hogar puede ser elegible para recibir algún beneficio médico o programa o plan de atención de salud, incluido AHCCCS, debo solicitar dichos beneficios y MIHS me asistirá en este proceso de solicitud. _____ **(Iniciales)**

Estoy de acuerdo que si necesito servicios de atención de salud que no estén incluidos en el Paquete de Maternidad, y MIHS me informa que puedo ser elegible para solicitar algún beneficio médico o programa o plan de atención de salud, incluido AHCCCS, yo debo solicitar dichos beneficios y MIHS me asistirá en este proceso de solicitud. _____ **(Iniciales)**

Entiendo que si en algún momento soy elegible para otro beneficio médico o programa o plan de atención de salud que ofrezca beneficios similares y ya he comprado el Plan de Paquetes de Maternidad de MIHS, los pagos que haya hecho para el Plan de Paquetes de Maternidad de MIHS se aplicarán primero a los servicios prestados que no estén cubiertos por el otro beneficio médico o programa o plan de atención de salud, y antes de determinar la cantidad de cualquier reembolso. _____ **(Iniciales)**

Entiendo que si califico para cualquier otro beneficio médico o programa o plan de atención de salud, y dicho plan o programa no cubre ninguno de los servicios de maternidad que reciba en MIHS, se me facturará y pagaré a MIHS los servicios de hospital y/o a DMG, Inc. por los servicios profesionales relacionados de médico/proveedor. _____ **(Iniciales)**

Entiendo que si no pago la cantidad que debo a tiempo y en su totalidad, se me retirará del programa del Plan de Paquetes de Maternidad de MIHS, que toda cantidad que haya pagado estará en posesión de MIHS y se me facturarán los cargos completos por los servicios proporcionados. _____ **(Iniciales)**

Además entiendo que antes de recibir un reembolso bajo este acuerdo, todos los sobrepagos se aplicarán primero a cualquier cantidad por la que soy responsable ante MIHS o DMG, Inc. _____ **(Iniciales)**

Yo (nosotros) he (hemos) leído, o me (nos) han leído este acuerdo y entiendo (entendemos) y acepto (aceptamos) sus términos.

Firma de la paciente/aval

Fecha

Cónyuge

Fecha

HE EXPLICADO ESTA FORMA AL PACIENTE EN SU IDIOMA MATERNO. ÉL/ELLA HA TENIDO OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS Y ESAS PREGUNTAS HAN SIDO CONTESTADAS.

Representante de MIHS: _____

FECHA: _____

(FIRMA/TITULO)