



NOMBRE (Name):

FECHA DE NACIMIENTO (DOB):

N.º de identificación del paciente (MRN):

FECHA ESTIMADA DE PARTO (EDD):

FECHA DE CANCELACIÓN (Term Date):

Fecha de vigencia (Effective Date):

PAGO INICIAL (Down Payment): \$ _____

ACUERDO DEL PLAN DE PAQUETES DE MATERNIDAD DE VALLEYWISE HEALTH

Valleywise Health se complace en ofrecerle el acuerdo del Plan de paquetes de maternidad. El plan ofrece atención completa de maternidad y prenatal a un precio accesible. Los precios de los paquetes incluyen los honorarios del médico y los cargos del hospital y la clínica. Si usted decide dar a luz en *Valleywise Health Medical Center* (VHMC), firme este acuerdo y proporcione el pago completo dentro de los 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, le darán un descuento del precio total del paquete. Este plan se limita a residentes del Condado Maricopa y no tiene requisitos de ingreso.

Requisitos de elegibilidad: Este acuerdo no está disponible para pacientes que tienen seguro médico para atención de maternidad ni para pacientes inscritos en AHCCCS.

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

ATENCIÓN PRENATAL: Por favor escoja una de las clínicas a continuación que le sea más conveniente. Para reservar una cita, llame al 1 (833) VLLYWSE o al (1-833-855-9973).

CLÍNICA DE LA MUJER DEL COMPREHENSIVE HEALTHCARE CENTER (CHC)	2525 E. Roosevelt St., Phoenix 85008
WEST MARYVALE FQHC	7808 W. Thomas Rd., Phoenix 85033
SOUTH PHOENIX LAVEEN FQHC	5650 S. 35 th Ave., Phoenix 85041
NORTH PHOENIX FQHC	2025 W. Northern Ave., Phoenix, 85021
MESA FQHC	950 E. Main St., Mesa 85203
GUADALUPE FQHC	5825 E Calle Guadalupe, Guadalupe, 85225
SOUTH CENTRAL FQHC	33 W Tamarisk St., Phoenix, AZ 85041
CHANDLER FQHC	811 S Hamilton Sr. Chandler, AZ 85225

Servicios de atención prenatal: Bajo el Plan de paquetes de maternidad se le proporcionarán los siguientes servicios de atención prenatal:

1. Visitas de rutina de atención prenatal con un médico/proveedor y visitas 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) si fuera necesario
4. Vitaminas y suplementos de hierro
5. Una visita al área de valoración de la sala de parto y alumbramiento en *Valleywise Health Medical Center*
6. Un examen de salud bucal para la madre con un proveedor si es necesario
7. Las siguientes pruebas de laboratorio de rutina en el cuidado prenatal y servicios de radiología:

<input type="checkbox"/> Hemograma completo (2)	<input type="checkbox"/> Prueba de ETS: Gonorrea, Clamidia, VIH, Sífilis
<input type="checkbox"/> Antígeno de superficie del virus de la Hepatitis B	<input type="checkbox"/> 1 Prueba de tuberculosis
<input type="checkbox"/> Prueba del grupo sanguíneo y detección de anticuerpos	<input type="checkbox"/> Radiografía de tórax (si la prueba de TB lo indica)
<input type="checkbox"/> Prueba de la rubéola	<input type="checkbox"/> Prueba cuádruple AFP (alfafetoproteína): 16 - 18 semanas
<input type="checkbox"/> Electroforesis de hemoglobina	<input type="checkbox"/> Prueba de tolerancia a la glucosa de 1 hora
<input type="checkbox"/> Prueba con tira reactiva de orina (en cada visita)	<input type="checkbox"/> 1 Prueba de tolerancia a la glucosa de 3 horas (si se indica)
<input type="checkbox"/> Papanicolaou	<input type="checkbox"/> Estreptococo beta
<input type="checkbox"/> Cultivo de orina y prueba de sensibilidad en la visita inicial (1)	<input type="checkbox"/> Monitoreo fetal con prueba de no estrés (NST) en el Centro de Pruebas Prenatales
<input type="checkbox"/> Análisis e inyecciones Rhogam	<input type="checkbox"/> Vacuna contra la gripe (si se indica)
<input type="checkbox"/> Vacuna contra la difteria, el tétanos, y la tosferina (si se indica)	

DESCRIPCIÓN DE LOS CARGOS

DESCRIPCIÓN	SI SE PAGA DENTRO DE LOS 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
PARTO POR CESÁREA NO PROGRAMADA/DE EMERGENCIA	\$1850 adicionales	NO APLICA
PARTO POR CESÁREA PROGRAMADA	\$7700	\$6500
LIGADURA DE TROMPAS BILATERAL (con cesárea solamente)	\$75 adicionales	\$75 adicionales
GEMELOS	\$350 adicionales	\$350 adicionales

DESCRIPCIÓN DE LAS OPCIONES Y PROGRAMAS DE PARTO: Por favor ponga sus iniciales en la opción/las opciones 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 VHMC 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)*

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 VHMC 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)*

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

***PARTO POR CESÁREA NO PROGRAMADA**

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 en caso de que sea necesaria. Usted será responsable por el costo adicional de una cesárea de emergencia y la hospitalización de hasta cuatro (4) días en VHMC para la madre y el bebé. Usted debe pagar un total de **\$1850** adicionales dentro de los 90 días después de que se le dé de alta después de dar a luz a su bebé en VHMC. ____ *(Iniciales)*

3. PARTO POR CESÁREA PROGRAMADA

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

Usted debe pagar **\$7700** 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)*

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

4. LIGADURA DE TROMPAS BILATERAL (sólo con la opción cesárea) \$75 adicionales Esta opción agrega el costo de la ligadura de trompas bilateral a la cantidad que requiere la opción de cesárea. (No es elegible para el descuento). ____ *(Iniciales)*

5. GEMELOS

Esta opción agrega **\$350** si usted da a luz gemelos en VHMC. Si se descubre que va a dar a luz a gemelos después de que ha comenzado la atención, entonces esta cantidad se agregará al costo 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 Valleywise Health mencionadas anteriormente como parte de este acuerdo firmado por usted.

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

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 de dar a luz a mi bebé está en contra del consejo de mi médico. _____ **(Iniciales)**

EXCLUSIONES: El Plan de paquetes de maternidad no cubre los siguientes costos: servicios del 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 necesita para el parto o la ligadura de trompas), cunero de atención especial, planificación familiar, anticonceptivos (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, ecografía de translucidez nucal/evaluación en el primer trimestre, pruebas genéticas y pruebas de laboratorio enviadas fuera de Valleywise Health para su procesamiento. Usted será responsable por esos cargos adicionales.

_____ **(Iniciales)**

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 y condiciones.

Vivo tiempo completo en el Condado Maricopa. _____ **(Iniciales)**

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 los 90 días 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 Valleywise Health o DMG, Inc., 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 antes mencionado (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** antes mencionado. Además, cualquier servicio listado en el párrafo de **EXCLUSIONES**, y cualquier otro servicio no descrito en este acuerdo no está cubierto por este plan, y será responsable por el total de los costos de dichos servicios y Valleywise Health me facturará por esos servicios y DMG, Inc. me facturará por los servicios **profesionales** de 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 de 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 *Valleywise Health Medical Center*. Además entiendo que recibiré facturas

separadas de Valleywise Health y DMG, Inc., por estos servicios y que la cantidad total de estos servicios se debe pagar dentro de los 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 la hospitalización, de hasta cuatro (4) días, en *Valleywise Health Medical Center* para la madre y el bebé. También entiendo que debo pagar la totalidad de los costos de la cesárea de emergencia equivalente a **\$1850** dentro de los 90 días después de que se me dé de alta de Valleywise Health 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 los 90 días después de haber firmado este acuerdo o antes de que se me dé de alta de *Valleywise Health 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 le debo a Valleywise Health antes del día en que se me dé de alta, puede haber cargos adicionales por los servicios del hospital o los servicios profesionales del médico/proveedor, y que seré responsable de pagar la totalidad de estos cargos adicionales a Valleywise Health 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 Valleywise Health o DMG, Inc. se aplicarán a cualquier saldo que tenga con Valleywise Health y/o DMG, Inc., pero seguiré siendo responsable de la cantidad restante. _____ **(Iniciales)**

Entiendo que si compro la Opción 3 de la cesárea programada pero tengo un parto vaginal normal (Opción 1 o 2) en VHMC, entrarán en vigencia los términos de la opción de parto vaginal normal (Opción 1 o 2) como corresponde, y que me reembolsarán toda cantidad que haya pagado al Valleywise Health para la Opción 3 de cesárea programada que exceda la cantidad de los cargos de la Opción 1 o 2 dentro de los 90 días después de dar a luz; pero además entiendo que todos los pagos sobrantes que haya hecho a Valleywise Health serán primero aplicados a cualquier saldo que tenga con Valleywise Health 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 Paquete de maternidad será usado para cubrir los costos de los servicios de Valleywise Health y DMG, Inc., relacionados con el aborto espontáneo o la pérdida del embarazo. Además, entiendo que los costos de Valleywise Health relacionados con un aborto espontáneo o la pérdida del embarazo no son parte del Paquete de maternidad, y se requerirá que pague estos servicios a Valleywise Health, 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 si los costos de Valleywise Health por estos servicios adicionales son más de lo que ya había pagado por el Plan de paquetes de maternidad, yo pagaré la cantidad adicional. Si después del aborto espontáneo o pérdida del embarazo se determina que la cantidad que haya pagado a Valleywise Health es más alta que los costos de Valleywise Health relacionados con el aborto espontáneo o pérdida del embarazo, se me reembolsará la cantidad pagada sobrante dentro de los 90 días. _____ **(Iniciales)**

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

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

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

Entiendo que si soy elegible para cualquier otro beneficio médico, programa o plan de atención médica, y dicho plan o programa no cubre ninguno de los servicios de maternidad que reciba en Valleywise Health, se me facturará y pagaré a Valleywise Health los servicios de hospital relacionados 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 de Plan de paquetes de maternidad de Valleywise Health, toda cantidad que haya pagado estará en posesión de Valleywise Health 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 Valleywise Health 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 (Si existe)	Fecha
(Patient/Guarantor Signature)	(Date)	(Spouse (if any))	(Date)

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

Representante de Valleywise Health: _____

(FIRMA/TITULO)	Fecha
(Signature/Title)	(Date)