

Nombre del patinete: _____ Fecha de nacimiento: _____



¡Gracias por elegirnos como su proveedor de atención primaria o urgente! Estamos comprometidos a proporcionarle atención de salud de primera calidad y asequible.

SEGURO Participamos en la mayoría de los planes de seguro, incluyendo Medicaid y Medicare. Si no está asegurado por un plan con el que hacemos negocios, se espera un pago completo en cada visita. Si está asegurado por un plan con el que hacemos negocios, pero no tiene una tarjeta de seguro actualizada, se requiere un pago completo por cada visita hasta que podamos verificar su cobertura. Conocer sus beneficios de seguro es su responsabilidad. Póngase en contacto con su compañía de seguros con cualquier pregunta que pueda tener con respecto a su cobertura. Para los pacientes en atención de urgencia, es posible que no podamos presentar una reclamación secundaria a su proveedor de seguro secundario, sin embargo, proporcionaremos instrucciones a su solicitud sobre cómo manejar esto para que se le reembolse adecuadamente, en caso de recibir una factura.

CO-PAGOS Y DEDUCTIBLES Todos los co-pagos y deducibles deben ser pagados en el momento del servicio. Este acuerdo es parte de su contrato con su compañía de seguros. El fracaso de nuestra parte para cobrar copagos y deducibles de pacientes puede ser considerado como fraude. Por favor ayúdenos a mantener la ley pagando su copago en cada visita. Si tiene un plan de seguro con un deducible alto o un plan con un coaseguro, tenga en cuenta que puede ser responsable de pagar la porción de su proveedor de seguro (aproximadamente la mitad de lo que les cobramos) hasta que se haya cubierto el deducible. Debido a las diversas complejidades de cada plan de seguro, sólo podemos proporcionar una

ESTIMACIÓN de lo que debe. Si no ha cumplido con su deducible, requerimos un pago de \$75.00 por visita que se le aplicará. Si descubrimos que le hemos cobrado más o menos después de que su compañía de seguros haya procesado la reclamación, tomaremos medidas para reembolsarlo o colectar.

SERVICIOS NO COBERTOS Tenga en cuenta que si algunos de los servicios que recibe no están cubiertos o no son considerados razonables o necesarios por Medicare o otros aseguradores. Usted debe pagar por estos servicios en su totalidad en el momento de la visita.

PRUEBA DE SEGURO Todos los pacientes deben completar la información de nuestro paciente antes de ver al médico. Debemos obtener una forma válida de identificación y una tarjeta de seguro vigente y válido para proporcionar prueba de seguro. Si usted no nos proporciona la información correcta del seguro de manera oportuna, usted puede ser responsable del saldo de una reclamación.

COBERTURA DE SEGUROS INVERTIDOS Nuestro personal de la oficina intentará verificar la cobertura de seguro de cada paciente en el momento del servicio. Si no podemos verificar su cobertura en el momento del servicio, se le pedirá que pague \$ 150.00 antes de su cita. Una vez que su pago de seguro ha sido recibido, cualquier crédito restante será acreditado de nuevo a la tarjeta en el archivo.

PRESENTACIÓN DE RECLAMOS Enviaremos sus reclamaciones y le ayudaremos de cualquier manera que razonablemente podamos para ayudar a que sus reclamaciones sean pagadas. Su compañía de seguros puede necesitar que usted proporcione cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud. Tenga en cuenta que el saldo de su reclamación es su responsabilidad, independientemente de que su compañía de seguros pague su reclamo. Su beneficio de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros; No estamos al tanto de ese contrato.

CAMBIOS DE COBERTURA Si su seguro cambia, por favor avísenos antes de su próxima visita para que podamos hacer los cambios apropiados para ayudarle a recibir sus beneficios al máximo. Si su compañía de seguros no paga su reclamo en 45 días, el saldo se le facturará automáticamente al paciente.

NO PAGO Si su cuenta tiene más de 90 días de vencimiento, su cuenta se colocará en colecciones internas. Los planes de pago están disponibles y **DEBEN** establecerse a través de la oficina de facturación. Tenga en cuenta que si un saldo permanece sin pagar, podemos remitir su cuenta a una agencia de recaudación externa y usted y los miembros de su familia inmediata pueden ser dados de alta de esta práctica. Si esto ocurre, se le notificará por correo regular y certificado que tiene 30 días para encontrar atención médica alternativa. Durante ese período de 30 días, nuestro médico sólo podrá tratarlo en casos de emergencia. Si tiene un saldo pendiente, **no lo podemos ver hasta que haya sido pagado en su totalidad o se haya establecido un plan de pago con nuestro equipo de facturación.**

CITAS PERDIDAS Nuestra política es cobrar \$50 por citas perdidas no canceladas 24 horas antes de la hora programada. Estos cargos serán su responsabilidad y le facturados directamente. Por favor, ayúdenos a servirle mejor manteniendo su cita regularmente programada. Si usted falta más de dos citas consecutivas, **usted puede ser despedido de la práctica.**

CHEQUES DEVUELTOS Los cheques se aceptan **SOLAMENTE** para el pago en la cuenta enviado con el talón de su factura. En caso de que su cheque sea devuelto por cualquier razón, se le cobrará un cargo por cheque devuelto de \$50.00 Todos los saldos futuros se pagarán con tarjeta de crédito o débito **SOLAMENTE** o con efectivo en la clínica.

Nuestra práctica está comprometida a proporcionar el mejor tratamiento a nuestros pacientes. Gracias por comprender nuestra política de pago, y por favor háganos saber si tiene alguna pregunta o inquietud.

He leído y entiendo la política de pago y acepto cumplir con sus directrices.

Firma del paciente o parte responsable

Fecha