



POLÍTICA FINANCIERA DEL PACIENTE

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. A fin de minimizar confusiones y malentendidos entre nuestros pacientes y el consultorio, hemos adoptado las siguientes políticas financieras. Si tiene alguna pregunta acerca de estas políticas, consulte con la administración. Estamos dedicados a brindar la mejor atención posible y consideramos que su comprensión absoluta es un elemento esencial de su atención y tratamiento.

EL PAGO VENCE AL MOMENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. Para su comodidad, aceptamos VISA y MasterCard, además de cheques y efectivo.

SEGURO

Si usted es miembro de un plan de seguro con el que participamos, gestionaremos los trámites ante su seguro primario por usted. No facturamos el seguro de responsabilidad civil. Al momento de la prestación del servicio, su responsabilidad será el copago autorizado, el deducible y/o el coseguro. Recibirá un estado de cuentas por toda suma que su compañía de seguros considere que sea su responsabilidad después de procesar su reclamación. En caso de que su seguro demore el pago durante más de 120 días, es posible que se lo haga responsable del pago completo de la suma facturada. Consulte con el personal del consultorio para verificar nuestra participación con su compañía o plan de seguro particular.

Si usted tiene cobertura de seguro con un plan para el cual no tenemos un acuerdo contractual, se considerará que el costo corre por cuenta del paciente o se pueden aplicar los beneficios fuera de la red a su visita. Si los costos corren por cuenta del paciente, usted será plenamente responsable de los cargos de su tratamiento y estos vencerán al momento de la prestación del servicio. Si tiene beneficios fuera de la red, su seguro pagará a un porcentaje menor y se aplicarán los deducibles. Usted será responsable por todo deducible y coseguro al momento de la prestación del servicio. Si usted desea que nosotros gestionemos los trámites ante su seguro, lo haremos, siempre que nos suministre TODA la información necesaria. También será necesario que nos proporcione una autorización firmada que nos habilite para dirigir los pagos a nuestra oficina. Se le reembolsará cualquier suma que haya pagado su seguro en un plazo de 30 días desde la fecha en que se recibe el pago. Toda cobertura de seguro es un asunto entre usted y su compañía de seguros, y usted es en última instancia el responsable del pago.

DERIVACIONES/AUTORIZACIONES

Si usted tiene una póliza con una organización para el mantenimiento de la salud (HMO, MC, POS o EPO), es su responsabilidad obtener una derivación de su médico de cabecera para sus visitas.

PRUEBAS DE ESFUERZO NUCLEAR

Los radioisótopos que se utilizan para realizar las pruebas de esfuerzo nuclear se solicitan 24 horas antes de la fecha prevista para la prueba. Si no le es posible asistir a su cita para una prueba de esfuerzo nuclear, cancele la cita dentro de las 24 horas.

CHEQUES DEVUELTOS

Se cobrará un cargo por servicio de \$25.00 por cualquier cheque devuelto.

He leído y comprendo la política financiera y someterme a sus términos. Al firmar a continuación, asumo la responsabilidad absoluta de cualquier saldo que se adeude después de que mi plan de seguro haya pagado. (NOTA: Aunque usted no acepte firmar este formulario y elija recibir servicios, continúa siendo 100 % responsable de cualquier pago).

Nombre del paciente (EN LETRA DE IMPRENTA) _____

Firma del paciente _____

Fecha _____

M:\Business office\Paula\PATIENT FINANCIAL POLICY UPDATE 07102008.doc

Lea el reverso

