



Acuerdo de responsabilidad financiera

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a proveer atención de calidad y servicio a todos nuestros pacientes. La siguiente es una declaración de nuestra política financiera, que se requiere leer y aceptar antes de cualquier tratamiento.

- Por favor, entienda que el pago de su factura se considera parte de su tratamiento. Los honorarios son pagaderos cuando se prestan los servicios. Aceptamos efectivo, cheque, tarjetas de crédito y seguros aprobados para los que somos un proveedor contratado y es el proveedor designado de cuidado primario (PCP), en su caso.
- Es su responsabilidad saber su propio beneficio del seguro, incluso si somos un proveedor contratado con su compañía de seguros, los beneficios cubiertos y cualquier exclusión de su póliza de seguro y los requisitos de autorización previa de su compañía de seguros.
- Haremos lo posible confirmar su cobertura antes de su tratamiento. Es su responsabilidad proporcionar información actual y precisa de seguro, incluyendo cualquier actualización o cambios en la cobertura. Si no provee esta información, usted será financieramente responsable.
- Si tenemos un contrato con su compañía de seguros le facturará su seguro en primer lugar, la compañía menos copayment(s) ni deducible y luego factura por cualquier cantidad que se determina que su responsabilidad. Este proceso generalmente toma de 45-60 días desde el momento en que la reclamación es recibida por la compañía de seguros.
- Si no contrato con su compañía de seguros, se espera que pagar por los servicios prestados en el final de su visita. Le proporcionaremos con una declaración que puede enviar a su compañía de seguros de reembolso.
- Prueba de pago y foto identificación se requiere para todos los pacientes. Se le pedirá hacer una copia de tu identificación y tarjeta de seguro para nuestros registros. Proporcionar una copia de su tarjeta de seguro no confirma que la cobertura es efectiva o que los servicios prestados serán cubiertos por su compañía de seguros.
- Por favor entienda algunas coberturas de seguro tienen beneficios fuera de la red que tienen cargos del co-seguro, co-pagos más altos y beneficios anuales limitados. Si usted recibe servicios forman parte de un beneficio fuera de la red, su porción de responsabilidad financiera puede ser mayor que la tasa de en red.

He leído las políticas financieras contenidas por encima, y mi firma a continuación sirve como reconocimiento de un claro entendimiento de mi responsabilidad financiera. Entiendo que si mi compañía de seguros le niega la cobertura o pago por los servicios prestados a mí, asumir la responsabilidad financiera y pagará todos los cargos en su totalidad.

Firma del paciente / parte responsable

Fecha



Nombre de paciente/parte responsable

Relación con el paciente