

Acuerdo de Responsabilidad Financiera

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a proporcionar atención y servicio de calidad a todos nuestros pacientes. La siguiente es una declaración de nuestra política financiera, que requerimos que lea y acepte antes de cualquier tratamiento.

- Comprenda que el pago de su factura se considera parte de su tratamiento. Los honorarios se pagan cuando se prestan los servicios. Aceptamos efectivo, cheques, tarjetas de crédito y seguros preaprobados para los cuales somos un proveedor contratado y somos el proveedor de atención primaria (PCP) designado, si corresponde.
- Es su responsabilidad conocer sus propios beneficios de seguro, incluso si somos un proveedor contratado con su compañía de seguros, sus beneficios cubiertos y cualquier exclusión en su póliza de seguro, y cualquier requisito de autorización previa de su compañía de seguros.
- Intentaremos confirmar su cobertura de seguro antes de su tratamiento. Es su responsabilidad proporcionar información de seguro actual y precisa, incluidas las actualizaciones o cambios en la cobertura. Si no proporciona esta información, será financieramente responsable.
- Si tenemos un contrato con su compañía de seguros, primero le facturaremos a su compañía de seguros, menos cualquier copago o deducible, y luego le facturaremos a usted cualquier cantidad que se determine que es su responsabilidad. Este proceso generalmente demora entre 45 y 60 días desde el momento en que la compañía de seguros recibe el reclamo.
- Si no contratamos a su compañía de seguros, se espera que pague por todos los servicios prestados al final de su visita. Le proporcionaremos una declaración que puede enviar a su compañía de seguros para el reembolso.
- Se requiere comprobante de pago e identificación con foto para todos los pacientes. Le pediremos que haga una copia de su identificación y tarjeta de seguro para nuestros registros. Proporcionar una copia de su tarjeta de seguro no confirma que su cobertura sea efectiva o que los servicios prestados serán cubiertos por su compañía de seguros.
- Comprenda que algunas coberturas de seguro tienen beneficios fuera de la red que tienen cargos de coseguro, copagos más altos y beneficios anuales limitados. Si los servicios que recibe son parte de un beneficio fuera de la red, su parte de la responsabilidad financiera puede ser más alta que la tarifa dentro de la red.

He leído las políticas financieras contenidas anteriormente, y mi firma a continuación sirve como reconocimiento de una comprensión clara de mi responsabilidad financiera. Entiendo que si mi compañía de seguros niega la cobertura y/o el pago de los servicios que me brindó, asumo la responsabilidad financiera y pagaré todos esos cargos en su totalidad.

Firma del Paciente/Persona Responsable: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Relación con paciente: _____