



Póliza y Acuerdo financiero

Bienvenido a la clínica médica de Donna, PA. Para que nuestro personal médico pueda ofrecer la calidad y la atención que usted está acostumbrado, hemos establecido nuestras pólizas financieras. La siguiente es una guía necesaria con el fin de proporcionar atención de alta calidad y hacer su visita lo más agradable posible.

POR FAVOR, LEA TODA LA INFORMACIÓN Y SI USTED ESTA DEACUERDO FIRME EN LA PARTE INDICADA.

1. Le pedimos que presente su tarjeta de seguro en cada visita. Es su responsabilidad que nos proporcione la información correcta para facturar a su reclamación al seguro.
2. Si usted tiene un cambio de dirección, números de teléfono, o el empleador, por favor notifique a la recepcionista.
3. colectaremos su deducible, co-pago o cargos por servicios no cubiertos en el momento de su visita. Si usted tiene un balance después de un pago del seguro de un servicio anterior, también le pediremos para pago. Aceptamos efectivo, cheques, visa, Master Card y Discover.
4. Si no participamos con su compañía de seguros, se espera el pago en su totalidad en el momento que se prestan los servicios.
5. Si su seguro niega nuestros cargos o no nos paga en tiempo, o si su cuenta se convierte en delincente nos reservamos el derecho a referir su cuenta a una agencia de colección y a notificarse a uno o más buros de crédito.
6. Los pacientes de MEDICARE: somos proveedores de Medicare y se factura a Medicare para todos los cargos cubiertos. Si tienes seguro complementario, será también facturado Si no se recibe el pago de su seguro complementario dentro de 45 días de ser enviado, le cobraremos a usted el saldo. Si no tienes un seguro complementario, su parte (20% del monto permitido por Medicare) se colectará en el momento del servicio. Cada año se espera que pagar el monto permitido de sus cargos hasta que se cumple el deducible de Medicare.
7. HMO-PPO pacientes: Si participamos con su plan, cobraremos al seguro por parte de usted. El copago se colectará en el momento del servicio-sin excepciones. Si su plan requiere que usted elija a un médico de atención primaria, es su responsabilidad asegurarse de que su compañía de seguros y su médico o enfermera que usted está viendo en nuestra oficina estén en contrato. Si su plan requiere que tenga autorización para ver a un especialista, tendrá que obtener de nuestra oficina antes de ver al especialista. No retroactivos referidos se dará. Si no participamos con su plan, verificamos la salida de beneficios de la red, sus cargos y espera que el pago de su porción de los cargos en el momento del servicio. Si no es su médico de atención primaria, no seremos capaces de obtener una autorización para ver a un especialista o internarlo en el hospital.
8. PAGO PRIVADO: Pacientes sin cobertura de seguro deberán pagar en el momento del servicio. Si usted no será capaz de pagar en su totalidad; usted debe comunicarse con nuestro Departamento de cobros antes de ver el médico o el proveedor de nivel medio para arreglos de pago.
9. CITAS PERDIDAS: Cuando una cita con el médico o el proveedor de grado medio, tiempo es específicamente asignado para usted. Cuando una cita no se cancela por adelantado, y el paciente es "no shows", otro paciente que necesita ser visto podría haber usado esa ranura. Entendemos



que puede haber ocasiones cuando no puede asistir a una cita, pero le pedimos a la cortesía de una llamada telefónica para cancelar su cita. Si le faltan tres citas, saldrán de la práctica por su incumplimiento.

10. Su seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros. No somos parte de ese contrato. Es muy importante que usted comprenda las disposiciones de la póliza. No podemos garantizar el pago de todos los reclamos. Si su seguro paga solamente una porción de la factura o rechaza su solicitud, cualquier contacto o explicación conviene a usted, su titular de la política. La reducción o rechazo de su reclamación de su seguro no lo libera de su obligación financiera.
11. Recuerde, si o si no tiene seguro, usted es financieramente responsable por el pago de sus cargos. Si usted tiene cualquier pregunta sobre nuestra política financiera, por favor póngase en contacto con nuestra oficina de facturación en 956-464-2402.

Yo / nosotros me comprometo(mos) a lo siguiente:

- I. GARANTÍA de pago: Atención médica ha sido o se proporcionará al paciente cuyo nombre aparece a continuación. Yo / nosotros, conjuntamente e individualmente, será totalmente responsables del pago por cuenta de médico del paciente, basado en los cargos de médicos publicados, que estamos de acuerdo son justas y razonables. El médico de mi demanda el pago completo de la cuenta de los pacientes en cualquier momento, pero el médico no está obligado a hacerlo. Incluso si el médico no exige pago inmediato, nuestra obligación de hacer dicho pago sigue siendo el mismo.
- II. Cuando la cobertura del seguro del paciente es insuficiente. Si cualquier seguro que pueda tener el paciente, tales como pero no limitado a (BCBS, AETNA, MEDICAID, HUMANA, CIGNA, compensación de trabajadores) o cualquier otra cobertura rechaza la demanda de pacientes, o permite sólo una parte de la reclamación, yo/nosotros seremos responsables por el pago inmediato del saldo debido, según lo determinado por el médico.

He leído y tengo una comprensión completa de la póliza financiera de clínica médica de Donna Medical Clinic , Donna Day & Night Clinic y la Clinica Arango & Peña Family Clinic

Nombre :

Fecha

Firma:

Fecha



This document was created with the Win2PDF "print to PDF" printer available at <http://www.win2pdf.com>

This version of Win2PDF 10 is for evaluation and non-commercial use only.

This page will not be added after purchasing Win2PDF.

<http://www.win2pdf.com/purchase/>