



La Póliza de Financiero

Nombre _____ Fecha De Nacimiento _____

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención médica posible. Por favor, comprenda que el pago de su factura es importante. Lo siguiente es una declaración de nuestra Poliza Financiero, que le exigimos que lea y firme antes de cualquier tratamiento. Con respecto al seguro: Como cortesía, nuestra oficina facturará a su seguridad por los servicios que recibirá. No podemos facturar a su compañía de seguros al menos que usted nos de la información correcta de la seguridad. Es su responsabilidad informarnos si su seguro ha cambiado en cualquier momento durante el tratamiento. Por favor, comprenda que su factura es SU responsabilidad, ya sea que su compañía de seguros pague o no. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No somos parte de ese contrato. Si su compañía de seguros no ha pagado su cuenta en su totalidad a tiempo, entonces será su responsabilidad pagar el balance. Se le cobrará una tarifa de \$ 25 por cualquier cheque devuelto. Cualquier cuenta de más de 90 días de sin pago está sujeta a ser enviada a una agencia de colección.

Le recomendamos que se comunique personalmente con su compañía de seguros sobre su copago, coseguro y deducibles. Debe comprender qué cubren los beneficios de su seguro y cómo esto puede afectarles financieramente.

Copago, deducible y coseguro: El copago de su seguro, el deducible no cumplido y los montos estimados del coseguro se deben pagar antes del servicio. La falta de pago puede causar reprogramar o cancelación de su cita. Métodos de pago: Aceptamos dinero en efectivo, cheques, tarjetas de crédito (Visa, MasterCard y Discover), Apple Pay, Android Pay, y Samsung Pay.

Referencias y preautorización: Si su compañía de seguros requiere una referencia / autorización previa de su médico de atención primaria, debe presentar esta referencia a nuestro personal antes de ser atendido. Si no obtiene una referencia cuando su compañía de seguros lo requiera, se le pedirá que pague su total por la visita o el servicio. Es SU responsabilidad asegurarse de que también se haya obtenido una referencia para cualquier procedimiento. Cobro de citas faltadas y de cancelación: Debido a la cantidad de tiempo asignado para los procedimientos endoscópicos programados, solicitamos al menos 2 días laborables de anticipación para la cancelación de cualquier procedimiento. Es nuestra política cobrar una tarifa de ~~cancelación de~~ \$ 100.00 si se le da menos de 2 días laborables de anticipación. La cobra por una cancelación tardía / de ausencia del procedimiento se facturará directamente a usted y no a su seguro. Por favor, ayúdenos a servirle mejor manteniendo las citas programadas. Servicios auxiliares: Tenga en cuenta que puede haber un cargo involucrado por servicios auxiliares, como completar

formularios de discapacidad y / o formularios relacionados con su atención, y redactar cartas en su nombre. Gracias por entender nuestra Poliza Financiero. Por favor, háganos saber si tiene preguntas o preocupaciones. Autorizo a Pacific Gastroenterology Medical Associates, Inc. o a mi compañía de seguros a divulgar cualquier información requerida para procesar mi reclamo de seguro. También autorizo que mis beneficios de seguro se paguen directamente al médico. He leído la Poliza Financiero en su totalidad y entiendo que estoy de acuerdo con esta poliza.

Firma de Paciente/Guardián _____ Fecha _____