

### ***Polizas Financiera de Rocha Medical Clinic***

- Es necesario que presente su tarjeta de seguro cada visita. Es su responsabilidad que nos proporcione la información correcta para sumetir a la compañía de seguro.
- También necesita darnos cualquier dirección, números de teléfono, o el empleador, por favor notifique a la recepcionista.
- Necesitamos coleccionar su deducible, co-pago o cargos por servicios no cubiertos en el momento de su visita. Si existe un balance después de que pague su seguro, también tendrá que pagar esta porción. Aceptamos efectivo, cheques, visa, Master Card y Discover.
- Si nosotros no somos partícipes de su compañía de seguros, tendrá que hacer pago en su totalidad el día de sus servicios.
- Si su seguro niega nuestros cargos, o no nos paga en tiempo, o si su cuenta se convierte en delinciente nos reservamos el derecho a referir su cuenta a una agencia de colección y a notificarse a uno o más buros de crédito.
- 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 tienes un seguro complementario, su parte (20% del monto permitido por Medicare) se coleccionará en el momento del servicio.
- HMO-PPO pacientes: Si participamos con su plan, cobraremos al seguro su porción. El copago se coleccionará en el momento del servicio-sin excepciones. Si su plan requiere que usted elija a un médico de atención primaria, usted tiene la responsabilidad de que el médico que vea este en la lista activa de participantes. Si su plan requiere que tenga autorización para ver a un especialista, tendrá que obtener esta autorización de nuestra oficina antes de ver al especialista. No podremos autorizar retroactivos. Si el médico que este viendo no es su médico primario, no podremos autorizar la visita con el especialista o el hospital.
- PAGO PRIVADO: Pacientes que no tengan seguro de salud deberán pagar en el momento del servicio. Si usted no puede pagar por los servicios ese mismo día, debe comunicarse con nuestro Departamento de cobros antes de ver al médico y hacer arreglos de pago.
- CITAS PERDIDAS: Su cita con el médico o el proveedor, se asigna un tiempo asignado para usted. Cuando una cita no se cancela por adelantado, su tiempo no es utilizado, por esto le pedimos una llamada telefónica para cancelar su cita. Si falta tres citas, saldrán de la práctica por su incumplimiento. Si no cancela su cita y la falla, se le cobrará por la cita fallada y el tiempo asignado.
- Su seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros. Nosotros no somos parte de ese contrato. Es muy importante que usted comprenda los puntos de cobertura de la póliza. La reducción o rechazo del reclamo con su póliza no lo libera de su obligación financiera.
- 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 al número 210-922-5922.

Paciente: Nombre \_\_\_\_\_ Numero expediente: \_\_\_\_\_

Yo me comprometo(mos) a lo siguiente: I. GARANTÍA de pago: por la atención médica proporcionada al paciente cuyo nombre aparece a continuación. Yo / nosotros, soy / somos responsables al pago por cuenta de médico del paciente, basado en los cargos de médicos publicados, que estamos de acuerdo son justas y razonables. Incluso si el médico no exige pago inmediato, nuestra obligación de hacer dicho pago sigue siendo el mismo. Cuando el pago del seguro sea insuficiente: Cualquier seguro que pueda tener el paciente, tales como pero no limitado a (Medicare, BCBS, AETNA, MEDICAID, HUMANA, CIGNA, compensación de trabajadores) o cualquier otra cobertura rechace 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 estoy de acuerdo con la póliza financiera de Rocha Medical Clinic.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre Escrito: \_\_\_\_\_