

POLÍTICA FINANCIERA Y PROCESOS DE FACTURACIÓN

Por favor, lea y firme a continuación

1. **Pago al Momento del Servicio:** Entiendo que el pago es obligatorio en el momento en que se presta el servicio.
2. **Co-pagos, Co-seguro y Deducibles:** Es mi responsabilidad conocer mi co-pago, co-seguro y deducibles, y tengo la obligación de pagarlos en el momento del servicio. Si mi plan tiene un deducible alto, se me solicitará un pago anticipado al momento de mi visita.
3. **Falta de Pago en el Momento del Servicio:** Si no puedo pagar mi co-pago, deducible o co-seguro en el momento del servicio, mi cita puede ser reprogramada.
4. **Cobertura del Seguro:** Reconozco que las tarjetas de seguro que he presentado son actuales y precisas.
5. **Servicios No Cubiertos:** Entiendo que algunos servicios pueden considerarse no cubiertos por mi seguro. Es mi responsabilidad conocer qué cubre y qué no cubre mi plan de seguro, y acepto que soy financieramente responsable de pagar todos los servicios no cubiertos.
6. **Cargos Denegados:** Entiendo que algunos cargos pueden ser denegados por mi seguro por considerarlos experimentales, de investigación o no médicamente necesarios. Aun así, entiendo que mi médico considera que estos servicios son necesarios, por lo que asumo la responsabilidad de pagar por ellos en su totalidad.
7. **Planes de Seguro Participantes:** Si la práctica no participa en mi plan de seguro, soy responsable de presentar mis propios reclamos y de pagar el total del servicio en el momento de la visita.
8. **Cheques Devueltos y Cuentas Vencidas:** Los cheques devueltos estarán sujetos a cargos por cobro, penalidades e intereses. Todas las cuentas se consideran vencidas si no se pagan dentro de los **30 días** posteriores al servicio. Las cuentas vencidas pueden resultar en remisión a cobranza y aplicación de penalidades e intereses, o en la negación de futuras citas hasta que los saldos pendientes sean pagados en su totalidad. La práctica no acepta cheques posdatados.
9. **CHIP (Children's Health Plan):** Entiendo que la práctica participa en el programa CHIP **solo para condiciones médicas**. La práctica **no** participa en el plan de visión CHIP. Si no se encuentra un diagnóstico médico, incluso si fui referido por otro médico, seré responsable de todos los cargos.
10. **Planes Médicos con Beneficios de Visión:** Algunos planes médicos incluyen beneficios de visión, pero estos beneficios pueden ser administrados por una

aseguradora diferente a la de mi plan médico. Podemos ser proveedores participantes de su plan médico, pero no de su plan de visión. Favor de comunicarse con su aseguradora para verificar sus beneficios.

11. **Citas Perdidas (No Show):** Todas las citas que no sean canceladas con al menos 24 horas de anticipación estarán sujetas a un cargo de \$50.00. Este cargo debe ser pagado antes de poder reprogramar su cita. Las cirugías y procedimientos en la oficina que no sean cancelados con al menos una semana de anticipación estarán sujetos a un cargo de cancelación de \$250.00 y para cirugías cosméticas el cargo de cancelación será de \$500.00.
12. **Cargos por Cirugías:** La práctica hará todo lo posible para determinar los beneficios de su seguro y proporcionarle un estimado de los costos de la cirugía. Sin embargo, este es solo un cálculo aproximado. Al someterse a una cirugía, usted podría incurrir en cargos adicionales (además de los honorarios del cirujano) por parte de la instalación quirúrgica, anestesiólogo, laboratorio o radiólogo. Todos los pagos deben realizarse al menos una semana antes de la cirugía.
13. **Autorizaciones:** Algunos planes de seguro requieren autorización previa para recibir servicios con un especialista. Es su responsabilidad revisar su póliza y obtener esta autorización antes de su visita a nuestra clínica.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Si desea una copia impresa de la política financiera, por favor informe a la recepcionista.