

Gerig Surgical Associates, P.C.

Póliza Financiera

Nos comprometemos a ofrecerle el mejor cuidado médico posible. Estamos dispuestos a conversar con usted si tiene necesidades financieras antes de su cita. El propósito de la información que sigue más abajo es para evitar malentendidos o desacuerdos sobre la remuneración por servicios profesionales.

Es su responsabilidad:

- Informar a nuestra oficina **la actualización** de cualquier cambio de su seguro médico. Si no recibimos su seguro apropiado, usted será facturado y responsable de los cargos incurridos hasta que recibamos esta información.
- Obtener cualquier **referido o autorización** requerido por su seguro de su médico **antes** de su visita. Si no se obtiene, su visita puede ser reprogramada.
- Remitir los pagos por el cuidado médico no cubierto por el seguro médico (deducibles, co-pagos, servicios no cubiertos, etc.) en el momento de servicio. Se puede pagar en efectivo, cheque o tarjeta de crédito o débito. **Nota: Hay una tarifa del 3% por usar tarjetas de débito o crédito en línea.**
- Notifiquenos si su visita debe ser cubierto por **Compensación del Trabajador**. Es su responsabilidad de obtener la autorización para la consulta antes de su visita.

Pacientes **SIN SEGURO MEDICO** se les espera pagar un deposito de \$125 ala llegada de su cita y recibirán un recibo con el balance restante. El deposito **NO** será considerado como pago total.

Si no participamos en su plan de seguro, nuestra oficina, con mucho gusto, puede presentar el reclamo, no obstante, se espera el pago íntegro dentro de 30 días, a menos que se haya hecho arreglos financieros especiales con nuestro departamento de finanzas.

Un padre, madre o un guardián **TIENE QUE** acompañar a los pacientes de 17 años de edad, o menos, y firmar más abajo (hay una excepción para menores que se consideran emancipados). El padre, madre o guardián que acompaña al menor de edad tiene la responsabilidad de traer los envíos y tarjetas de seguro necesarias y también pagar los cargos pagaderos en el momento del servicio.

Nuestros cargos se basan en lo que es usual y de costumbre para esta zona. Usted es responsable por los pagos, no importa la determinación arbitraria de la aseguradora sobre los cargos usuales y normales.

Podemos ayudarle, si tiene preguntas sobre su plan de seguros. No obstante, los asuntos específicos sobre la cobertura, deben dirigirse al departamento de servicios de miembros de la aseguradora (el teléfono de ese departamento se encuentra en la tarjeta de seguro).

Nuestros profesionales creen firmemente que una relación buena entre el paciente y su médico se basa en la comunicación y comprensión mutua.

Usted está de acuerdo, para que podamos servir su cuenta o cobrar cualquier cantidad que usted deba, podemos comunicarnos con usted por teléfono a cualquier número de teléfono asociado a su cuenta, incluyendo números de teléfono celular, lo que podría resultar en cargos a usted. También podemos comunicarnos con usted mediante el envío de correos electrónicos, el uso de cualquier dirección de correo electrónico que usted nos proporciona. Métodos de contactos podrán incluir el uso de mensajes grabadas/artificial y/o el uso de un dispositivo de marcación automática, según corresponda. He leído esta descripción y de acuerdo en que Prestamista/Acreedor podrá ponerse en contacto conmigo como se describió anteriormente.

Firma del Paciente o Persona Responsable

Fecha