



Política y acuerdos financieros del paciente

Edinger Medical Group (EMG) está comprometido a atender sus necesidades de atención médica. Comprenda que el pago de su factura se considera parte de su relación de atención médica con nuestro grupo médico y proveedores. La siguiente es una descripción de la política financiera de EMG. EMG requiere que usted lea, escriba sus iniciales y acepte la política financiera antes de recibir el tratamiento.

ACEPTAMOS EFECTIVO, CHEQUES, VISA, MASTERCARD, DISCOVER Y AMERICAN EXPRESS

FACTURACIÓN DEL SEGURO

Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros médicos. Nosotros no somos parte de ese contrato. Es su responsabilidad conocer sus beneficios y cómo se aplicarán al tratamiento que reciba. Si su compañía de seguros no ha pagado la totalidad de su cuenta en un plazo de 60 días, el saldo será transferido a usted y/o al garante que figura en el formulario de información del paciente.

Todos los pacientes son responsables de sus copagos, coseguros, deducibles no cubiertos y costos de los servicios no cubiertos en el momento de la visita. Escriba sus iniciales aquí: _____

PLANES DE HMO CONTRATADOS

Todos los copagos deben ser abonados en cada visita. Debido a cuestiones de cumplimiento contractual y uniforme con su compañía de seguros, no hay excepciones a la política de cobrar los copagos en cada visita.

Escriba sus iniciales aquí: _____

PLANES PPO CONTRATADOS

Facturamos a su compañía de seguros como una cortesía. **Todos los copagos, los coseguros, los deducibles no cubiertos, y los costos de los servicios no cubiertos serán cobrados en el momento de la visita.** Cualquier saldo restante adeudado después de los ajustes del contrato y los pagos del plan de salud son su responsabilidad. Usted recibirá una cuenta para esta responsabilidad financiera restante. Todos los saldos de los pacientes se deben pagar dentro de los 30 días siguientes a la fecha de nuestro estado de cuenta.

Escriba sus iniciales aquí: _____

PLANES FUERA DE LA RED

Para los pacientes con planes que están fuera de la red. **Todos los servicios deben ser pagados en su totalidad en el momento de la visita/tratamiento.** Nuestras oficinas le proporcionarán una estimación del costo del tratamiento antes de la visita.

Escriba sus iniciales aquí: _____

PACIENTES QUE PAGAN EN EFECTIVO

Para los pacientes que pagan en efectivo. **Todos los servicios deben ser pagados en su totalidad en el momento de la visita/tratamiento.** Nuestras oficinas le proporcionarán una estimación del costo del tratamiento antes de la visita.

Escriba sus iniciales aquí: _____

SALDOS DE CUENTAS ATRASADAS

Los pacientes con un saldo pendiente considerado vencido (90 días) deben planificar el pago antes de programar cualquier cita futura. **Si su cuenta llega a estar seriamente atrasada, esto afectará la programación de cualquier cita nueva y el resurtido de medicamentos de manera oportuna.**

Escriba sus iniciales aquí: _____

CUENTAS SUSPENDIDAS Y TERMINACIÓN DE LA ATENCIÓN

En el caso de que los saldos pendientes no se paguen en un plazo de 120 días, se suspenderá su condición de paciente. Una vez suspendido, su relación de proveedor/paciente con el grupo médico se dará por terminada, y usted tendrá que recibir la atención y el resurtido de medicamentos necesarios en otro lugar.

Escriba sus iniciales aquí: _____

NOTIFICACIÓN DE CUENTAS MOROSAS A LAS AGENCIAS DE CRÉDITO

Si el saldo de una cuenta de un paciente se encuentra en estado de mora y la cuenta del paciente se suspende, se informará de ese saldo de mora a las agencias de crédito nacionales. Esto puede afectar negativamente su situación crediticia actual y a largo plazo. Estos saldos en mora permanecerán vigentes con las agencias de crédito indefinidamente en el futuro hasta que su saldo vencido sea pagado.

Escriba sus iniciales aquí: _____

REEMBOLSOS AL PACIENTE

Los siguientes criterios deben cumplirse antes de emitir un reembolso al paciente:

No hay reclamos de seguros pendientes en la cuenta del paciente.

No hay saldos pendientes en la cuenta del paciente.

Escriba sus iniciales aquí: _____

CHEQUES DEVUELTOS

Se cobrará un cargo de \$25.00 por cualquier cheque devuelto.

Entiendo y estoy de acuerdo que sin importar mi estado de seguro, yo soy el responsable final por el saldo en mi cuenta de EMG por cualquier servicio profesional prestado. He leído la Política Financiera del Paciente de EMG mencionada arriba, estoy de acuerdo en cumplirla, y he proporcionado a EMG la información verdadera y correcta del seguro. Notificaré a EMG sobre cualquier cambio en la cobertura de mi seguro médico.

Nombre del paciente en letra molde

Firma del paciente

**Nombre de la parte responsable en letra molde
(Si es diferente al paciente)**

Fecha

