

Gerig Surgical Associates, P.C.
Política financiera

Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención médica posible. La siguiente información se proporciona para evitar cualquier malentendido o desacuerdo con respecto al pago de los servicios profesionales. Al registrarse, avísenos si tiene necesidades financieras especiales que podamos abordar con usted antes de su cita.

Es su responsabilidad:

- Informarle a nuestra oficina sobre su **seguro actual** y presentar su(s) tarjeta(s). Si no recibimos de usted la información correspondiente sobre el seguro, se le facturará y será responsable de cualquier cargo incurrido hasta que recibamos esta información.
- Obtener cualquier **derivación** necesaria que exija su seguro de su médico de atención primaria **antes** de su consulta médica. Si no se obtiene, es posible que se re programe la consulta.
- Remitir el pago de la atención médica no cubierta por su seguro (deducible, copagos, servicios no cubiertos, etc.) en el momento del servicio. El pago se puede realizar en efectivo, cheque, Visa o MasterCard en persona o en línea. **Nota: Hay una tarifa del 3 % por usar tarjetas de débito o crédito en línea.**
- Notificarnos si su visita estará cubierta por la **Indemnización laboral**. Es su responsabilidad obtener la autorización para la consulta antes de su visita.

Se espera que los **PACIENTES QUE PAGAN POR CUENTA PROPIA** paguen un depósito de \$125 al registrarse y recibirán un estado de cuenta con el saldo adeudado. Este depósito **no** constituye el pago en su totalidad.

Cargo por cheques devueltos: entiendo que hay un cargo de \$45 por cheques devueltos.

Si no participamos en su plan de seguro, nuestra oficina estará encantada de presentar el reclamo en su nombre; sin embargo, se espera que realice el pago completo dentro de los 30 días, a menos que se hayan realizado arreglos financieros especiales con nuestro departamento de cuentas de pacientes.

En el caso de los pacientes de 17 años o menos, uno de los padres o un tutor **DEBE** acompañarlos a todas las citas (excepción: menores emancipados). Es el padre, la madre o el tutor que trae al menor el responsable de proporcionarnos las derivaciones y las tarjetas de seguro necesarias, así como de realizar cualquier pago adeudado en el momento del servicio.

Nuestros cargos están determinados por lo que es usual y habitual para nuestra área. Usted es responsable del pago independientemente de la determinación arbitraria de tarifas por parte de cualquier compañía de seguros.

Los problemas específicos de cobertura deben dirigirse al departamento de servicio al cliente de su plan de seguro, y esa información generalmente se encuentra en el reverso de su tarjeta de seguro.

Usted acepta que, para que podamos atender nuestras cuentas o cobrar cualquier monto que deba, podemos comunicarnos con usted por teléfono a cualquier número de teléfono asociado con su cuenta, incluidos los números de teléfono móviles, lo que podría generar cargos para usted. También podemos comunicarnos con usted mediante el envío de mensajes de texto o correos electrónicos, utilizando cualquier dirección de correo electrónico que nos proporcione. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabados/artificiales y/o el uso de un dispositivo de marcación automática, según corresponda. He leído esta declaración y acepto que el prestamista/acreador, sus agentes o terceros cobradores de deudas pueden ponerse en contacto conmigo como se ha descrito anteriormente.

Firma del paciente o de la parte responsable

Fecha