

BEACH CITIES ENTS

Adult and Pediatric Ear, Nose, Throat & Sinus

FINANCIERA Y POLÍTICA DE PAGO (EFF. 07/01/2022)

Si usted tiene seguro médico, nosotros haremos nuestro mejor esfuerzo para ayudarle a recibir los beneficios máximos permitidos. Con el fin de lograr este objetivo, necesitamos su ayuda y comprensión de nuestra política de pago. Se le pedirá para actualizar su información demográfica y de seguros periódicamente, incluido el suministro de nuestra oficina con una copia de su tarjeta de seguro (s). Estamos obligados a obtener su firma para autorizar la divulgación de información a su compañía de seguros anualmente. Por favor, nos ayudará a cumplir con los requisitos de su seguro.

POLÍTICA DE NO MOSTRAR: Pedimos un aviso de 2 días hábiles si debe cancelar o reprogramar una cita para permitir más disponibilidad para los pacientes que deseen ser atendidos. Habrá un cargo de \$50 por las citas realizadas que no se muestran o no se cancelan con un aviso de 2 días hábiles. Si programa la cirugía y necesita cancelarla o reprogramarla, solicitamos un aviso de 2 semanas antes de la fecha de la cirugía para permitir que otros pacientes tengan acceso al tiempo limitado de la sala de operaciones. Si no se proporciona este aviso adecuado, se requerirá un depósito de \$250 para reprogramar la cirugía y se perderá si la cirugía se cancela por segunda vez. Por favor ponga sus iniciales aquí: _____

Como una cortesía, estaremos encantados de abonar los honorarios por sus servicios médicos cubiertos a su compañía de seguros. Sin embargo, contamos con el **pago de todos los servicios dentro de 60 días**. Puede que sea necesario para que usted pague su cuenta en su totalidad si su compañía de seguros no paga por los servicios en un período de tiempo apropiado. Es su responsabilidad de entender su cobertura y beneficios, incluyendo pre-certificaciones, de referencia y los requisitos de autorización. Nosotros, sin embargo, le ayudará a asegurar que todos los requisitos del plan de que se cumplan.

El pago por servicios, entre ellos, **co-pago del coaseguro y deducible, es debido en el momento en que son prestados. No tiene seguro de ley secundaria para los co-pagos. Esperamos que los pagos de copago por los seguros primarios y secundarios en el momento de la visita.** Todos los servicios no cubiertos son su responsabilidad. Nuestra incapacidad para recoger estas cantidades puede constituir una violación de nuestro contrato con su compañía de seguros y puede resultar en sanciones civiles y penales y / o expulsión de su plan de seguro.

Cheques devueltos, los saldos de más de 60 días y la falta de pago de saldos de las cuentas como se había prometido estará sujeto a un servicio de recolección externa y **una tarifa de cobro de \$100**. Para cubrir el costo de los cheques devueltos, se le cobrará una cuota administrativa de \$100 (que incluye los recargos bancarios generados) y el costo de envío por correo certificado, en adición a la cantidad de su cheque. Si recibimos un cheque sin fondos del banco, que ya no será capaz de aceptar los cheques de usted, pero se requiere el pago en efectivo o tarjeta de crédito. Además, hay un cargo de **\$ 25 para todas las formas** que exigen la terminación por nuestra oficina.

Debemos destacar que a medida que los proveedores de atención médica, nuestra relación es con usted, no su compañía de seguros. Si bien la presentación de reclamaciones de seguros es una cortesía que extendemos a nuestros pacientes, todos los cargos son su responsabilidad desde la fecha de los servicios se prestan. Si hay una disputa con su compañía de seguros, usted recibirá una carta de nuestro servicio de facturación pidiendo su ayuda por su contacto con su compañía de seguro para ayudar con el procesamiento y el pago de los servicios proporcionados a usted.

Somos conscientes de que problemas financieros temporales puede afectar el pago oportuno de su cuenta. Si estos problemas se presentan, le animamos a ponerse en contacto rápidamente Karmen o Silvia en nuestro servicio de facturación, Pro Med Management, Inc. al 818-549-1713 para obtener ayuda en la gestión de su cuenta. Gracias.

Su firma implica la aceptación de esta política.

Firma: _____

Fecha: _____