

SANTA CRUZ EAR, NOSE AND THROAT MEDICAL GROUP

POLIZA FINANCIAL

Mientras que nosotros asistimos en cobrar a su aseguransa, usted es primariamente responsable por:

- A. **Determinar si el cuidado médico que pide es cubierto.**
- B. **Si es necesario ser referido.**
- C. **El pago completo de su cuenta.**

Aceptamos contrato con varias aseguransas. Usted es responsable financieramente por los Co-Pagos, Co-Aseguransas, Deducibles, o Servicios que no sean cubiertos. Como cortesía nosotros cobramos a las aseguransas por parte del paciente por los servicios rendidos. Si el pago es negado, usted es responsable por el balance en completo. Usted es responsable por informarnos de cualquier cambio a la cobertura de su aseguransa, como la dirección y el número de teléfono

Se espera el pago de inmediato. Co-pagos, co-aseguransas, deducibles, y los servicios que no son cubiertos serán colectados al terminar la cita.

Entendemos que a veces hay la necesidad de ver a un doctor sin planear, y su habilidad de pagar inmediatamente es difícil. Para asistirle aceptamos MasterCard, Visa, dinero en efectivo, Cheques, Money Orders y tarjetas de debito. Entiendo que se cobrara \$25.00 por Cheques sin fondos.

Se ofrece un plan de instalamiento con una tarjeta de crédito en el expediente del paciente. Yo entiendo que un 5% será impuesto a mi balance, y que un mínimo de \$100 por cargo será hecho hacia mi balance hasta que se pague en completo. Numero de Tarjetas de Crédito son mantenidos bajo llave por razones de seguridad. La tarjeta será cobrada cada vez que se vence el bil, y un recibo se mandara por correo.

Familias Sin Aseguransa

Se espera el pago en completo por los servicios rendidos de inmediato después de la cita. Ofrecemos un descuento de 20% a las cuentas pagadas el mismo día.

Cuentas Delincuentes

Nuestra oficina no aceptara balances que excedan 90 días. En el evento que el pago no sea recibido por nuestros servicios, transferiremos su cuenta a una agencia de colección y se le impondrá \$25. Usted entonces será responsable por hacer los pagos directamente a la agencia de colecciones. Si su cuenta es asignada a colecciones, desafortunadamente será despedido/a de nuestra practica.

Póliza de Cancelaciones

Requerimos 2 dias de notificación para cambiar o cancelar su cita o se impondrá un cobro de \$100.

Mi firma debajo indica que he leído y entiendo las pólizas financieras de Santa Cruz Ear, Nose and Troat Medical Group. Autorizo a Santa Cruz Ear, Nose and Throat Medical Group que de información de mí, a mi compañía de aseguransa y sus agentes para determinar los beneficios pagables bajo mi cobertura. También autorizo a mi aseguransa y sus agentes a proveer cualquier información pedida acerca los cobros médicos a Santa Cruz Ear, Nose and Throat medical Group. Una copia de esta autorización puede tomar el lugar de la original.

Pido que cualquier pago de beneficios médicos sea hecho de mi parte a Santa Cruz Ear, Nose and Throat Medical Group por los servicios rendidos a mí por sus Médicos y empleados.

Nombre Del Paciente ((Letra de Molde)

Nombre de Padres / Guardián (Letra de Molde)

Firma del Paciente / Guardián

Fecha

F/P-sp/9-25.ib