

ALLERGY AND ASTHMA CENTER OF THE ROCKIES
POLÍTICA FINANCIERA

Por favor comprenda que se establezcan nuestras políticas financieras para asegurar los recursos financieros necesarios para mantener esta Oficina médica para todos nuestros pacientes. Trabajaremos con usted para asegurar que la atención médica no se convierta en una carga financiera. Con mucho gusto le facturamos a su compañía de seguros por cualquiera de los servicios cubierto.

Hemos de destacar como un proveedor de atención médica que es nuestra relación con usted, no tu compañía de seguros.

Su seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros.

Póngase en contacto con su compañía de seguros o el departamento de recursos humanos de su empleador con respecto a sus preguntas de beneficio.

RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES:

Tarjetas de asegurancia: Requerimos una copia de su tarjeta de asegurancia actual en cada visita y con cada pedido de antígeno. Necesitamos su firma y una tarjeta actual con cada pedido de antígeno también.

Copagos : **Los copagos son debidos al tiempo de servicio.**

Referencias : Si su asegurancia requiere una remisión, y no proporciona uno en el momento del servicio, usted es responsable de cualquier cargo incurrido.

Cancelaciones : **Para todas las citas existe un requisito de aviso de cancelación de 24 horas del día.**

Hay un cargo de \$ 25.00 para repetir final cancela o no se presenta.

Hay un cargo de \$ 50.00 para el mismo sobre nuevos nombramientos de pacientes.

Si usted tiene seguro de salud con las que participamos:

- Será facturar a su reclamación de seguros para usted.
- Esperamos que cualquier copago requerido al tiempo de servicio.
- Esperamos que pago de deducible y copago ser pagado en su totalidad, después de que nosotros hayamos emitido una declaración para ser pagada en 25 días, a menos que se han hecho arreglos de pago previo.

Si estás no asegurados o no participamos con su asegurancia:

- Le pedimos que firmar un formulario no asegurados.
- Pago por cargos totales vencen en el día de su nombramiento a menos que hayan firmado un crédito acuerdo con nuestra oficina.

General:

Pago de servicios es exigible por la persona que acompaña a cualquier niño menor a menos que se han hecho otros arreglos por adelantado. No se factura a dos personas para la atención. Es la responsabilidad de los adultos que lo acompaña a pagar el importe debido, en pleno y recopilar lo que es contraída por otros.

Aceptamos pagos en efectivo, cheque y tarjeta de crédito (VISA, MASTERCARD). Cheques POSDATADOS son aceptables dentro de 2 semanas y se depositarán en la fecha de verificación.

Si es necesario hacer arreglos de pago, deben hacerse antes a cualquier servicio y pago completo debe ser dentro de 90 días. Las cuentas más de 90 días están sujetos a procedimientos de colección.

Habrá un cargo de \$ 15 por cheques devueltos.

He leído y acepto los términos de esta política financiera. Yo autoriza la publicación de la información médica necesaria para el proceso de reclamaciones o recibir tratamiento. Autorizar el pago se realizan directamente en la clínica por los servicios prestados. Entiendo que soy responsable de los servicios no reembolsados por mi seguro. Entiendo que soy responsable de la obtención de referencias para servicios necesarios y cobrarán por los servicios recibidos sin una remisión en el lugar. Si es necesario hacer arreglos de pago, deben hacerse antes de cualquier servicio o inmediatamente tras la recepción de la declaración inicial; pago completo debe hacerse dentro de 90 días. Las cuentas de más de 90 días, o cualquier pago perdida de su arreglo de pago, están sujetos a procedimientos de colección.

Su Firma: _____

Fecha: _____

