

PÓLIZA DE PAGOS PARA RAMOS FOOT AND ANKLE CENTER, LLC

Póliza de Pagos

Gracias por elegir a Ramos Foot and Ankle Center, LLC como su proveedor de cuidado de los pies. Nos comprometemos a ofrecerle calidad en el cuidado de su salud. Por favor, lea la siguiente póliza de pagos y no dude en consultarnos cualquier duda que pueda tener. Una vez que usted acepte esta póliza, por favor firme en el espacio proporcionado. Se le dará una copia si la solicita.

Seguros: Participamos en la mayoría de planes de seguro médico. Si usted no está asegurado por un plan en el cual nosotros participamos, el pago completo se espera en cada visita. Si usted está asegurado por un plan que participamos pero no cuentan con tarjeta de seguro, el pago de la totalidad del importe de cada visita es necesario hasta que podamos verificar su cobertura. El conocimiento de sus beneficios del seguro es su responsabilidad. Póngase en contacto con su compañía de seguro con cualquier pregunta que tenga con respecto a su cobertura.

Co-Pagos y Deducibles: Todos los co-pagos y deducibles deben de ser pagados en el momento del servicio. Este acuerdo es parte de su contrato con su compañía de seguro. Fracaso de nuestra parte en recoger co-pagos y deducibles de los pacientes puede considerarse como fraude. Por favor ayudenos a seguir la ley de pagos, pagando su co-pago en cada visita.

Servicios Y Balances No Cubiertos: Por favor, tenga en cuenta que algunos de los servicios que usted recibe, pueden ser considerados no razonable o necesario por su seguro. En este caso, usted tiene que pagar estos servicios en su totalidad en el momento de la visita.

Prueba de Seguro Médico: Todos los pacientes deben de completar el formulario de información del paciente antes de ver al médico. Tenemos que obtener una copia de su actual tarjeta válida de seguro para proporcionar una prueba. Si usted no nos brinda la información correcta sobre el seguro de forma oportuna, usted puede ser responsable por el saldo de la visita. Es su responsabilidad obtener un referido de su médico de Atención Primaria. Los pacientes que se presentan a nuestra oficina sin un referido se les pedirá que paguen en su totalidad la visita.

Reclamaciones: Se presentarán los reclamos a su seguro y le ayudaremos en cualquier forma razonable obtener los pagos. Su compañía de seguro puede necesitar que se les suministre cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con darle la información a su seguro. Por favor, tenga en cuenta que el saldo de su reclamo es su responsabilidad si su compañía de seguro no la paga. Su beneficio de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguro.

Cambios en la Cobertura: Si su seguro cambia, por favor, avísenos antes de su próxima visita para que podamos hacer los cambios adecuados para ayudarle a recibir el máximo de beneficios.

SalDOS: Las facturas se envían cada 30 días. Su pago a tiempo, nos ayudará a mantener el costo de la atención a niveles bajos. Si su cuenta esta más de 60 días atrasada, usted recibirá una carta solicitando el pago de inmediato. Los pagos parciales no serán aceptados a menos que haya sido aprobado por nuestro departamento de cuentas. Por favor tenga en cuenta que un saldo sin pagar, se refirirá a una agencia de cobros. Usted y su familia inmediatamente serán dado de alta de esta práctica. Se le notificará por correo certificado que tendrá 30 días para encontrar otro medico. Durante ese período de 30 días, nuestro médico sólo será capaz de tratarlo en caso de una emergencia. Si su seguro tiene un deducible o copago y usted tiene un saldo en el momento de su cita, usted está obligado a pagarlo de forma completa. Si usted no puede pagar su saldo en ese

momento nosotros le podremos cambiar su cita para una fecha posterior cuando usted pueda pagar su saldo.

Citas Perdidas: Nuestra póliza es la de cobrar \$25.00 para citas perdidas o no canceladas dentro un tiempo razonable o por una razón comprensible. Estos cargos se facturarán directamente a usted. Por favor, ayúdenos a servirle mejor manteniendo su cita programada regularmente.

Tarifas: Nuestras tarifas son representativas de los habituales cargos para nuestra zona.

Gracias por comprender nuestra Póliza de Pago. Por favor, háganos saber si usted tiene alguna pregunta o inquietud.

He leído y entiendo la Póliza de Pago y me comprometo a respetar sus directrices:

Firma del paciente o persona responsable

Fecha