

POLIZA FINANCIAL

PACIENTES CON ASEGURANZA:

Aunque nosotros mandamos su factura a la compañía de aseguranza/grupo médico para los servicios rendidos, usted es responsable económicamente para todos los servicios rendidos. Si el pago no se ha recibido dentro de sesenta (60) días de mandar la factura a su plan/grupo médico de aseguranza, le podemos contactar para asistencia. Si su plan/grupo médico de aseguranza niega cobertura por cualquier razón, usted será responsable para ese pago en total dentro de treinta (30) días del recibo de su declaración de factura. Para su conveniencia, aceptamos efectivo, Mastercard, Visa, tarjetas de cargo, y cheques personales.

DOBLE COVERTURA:

Washington Township Medical Foundation sigue las leyes de aseguranza del estado de California, que gobiernan la coordinación de beneficios. Por lo tanto, usted es responsable de darnos la información de la facturación para los planes primarios, secundarios, y terceros médicos. Doble cobertura no se asegura necesariamente que usted no tendrá un co-pago para su visita en la oficina. Si el co-pago no está colectado al tiempo de su visita y subsiguientemente su plan de aseguranza indica que un co-pago es debido, usted será responsable por pagar la cantidad del co-pago dentro de treinta (30) días a partir de la fecha que usted recibe su declaración de factura. Para su conveniencia, aceptamos efectivo, Mastercard, Visa, tarjetas de cargo, y cheques personales.

PACIENTES SIN ASEGURANZA:

Nuestros honorarios no siempre pueden ser determinados por adelante, ya que dependen en servicios actuales sean proporcionados. Si le gustaría un total estimado antes de su visita, por favor pregunte al personal del mostrador. Note por favor que esto es solamente un total estimado y los totales del cargo actual pueda variar del estimado. Pago para todos los servicios es debido al tiempo del servicio. Para su conveniencia, aceptamos efectivo, Mastercard, Visa, tarjetas de cargo, y cheques personales. Como una cortesía, un descuento de 55% será aplicado a servicios de oficina y preventivos, y un descuento de 25% será aplicado a procedimientos quirúrgicos de oficina al tiempo de servicio.

POLIZA DE CO-PAGO:

Es su obligación de ser familiar con su co-pago de aseguranza y/o cantidades deducibles. Su cantidad de co-pago debe ser pagado a la hora de su visita.

POLIZA DE NO PRESENTARSE:

Washington Township Medical Foundation requiere veinticuatro (24) horas de noticia de cancelación para visitas programadas. En caso que no somos notificados veinticuatro (24) horas antes de su cita, usted será cargado un “No Presentarse” honorario de \$25.00.

CUENTAS DELINQUENTES:

Cuentas de paciente que no son pagados dentro de sesenta (60) días de la fecha de servicio, puedan ser mandados a una agencia de colección.

CHEQUES DEVUELTOS:

Habr  un honorario de servicio de \$25.00 para cheques devueltos.

POLIZA DE REEMBOLSO:

Si usted asido notificado por su compa a de aseguranza que usted es debido un reembolso, por favor contacte nuestra oficina.

HONORARIO PARA COPIANDO ARCHIVOS MEDICOS:

Hay un honorario de \$15.00 para copiar archivos médicos que son proporcionados al paciente, compa a de aseguranza, abogados, etc. Sin embargo, no hay cargo para transferir archivos a otro proveedor medico con solicitud.

OTROS HONORARIOS:

Hay un cargo nominal de \$15.00 para cada forma/reporte (i.e. formas de DMV, físicos de colegio/deportes, etc.) que requiere que el médico termine. Sin embargo, este honorario será renunciado si hay una cita hecha separada para esta petición.

Hay un honorario de remplazos de \$15.00 para copias nuevas de cualquier archivo de inmunización.

Hay un cargo de \$15.00 para cualquier pedido de letras escritas (i.e. letras de verificación de salud para aseguranzas/empleados, letras de circunstancias especiales, etc.) en su favor como paciente.

AUTORIZACION Y ASIGNACION DE BENEFICIOS:

Autorizo el descargo de cualquier información médica, que pueda tener relación en la determinación, y/o pago de mi reclamo. Pido que pago sea hecho directamente a Washington Township Medical Foundation, y reconozco que soy responsable del pago si esta asignación no es honorada. Entiendo que soy responsable para todos los co-pagos, co-aseguranza, y deducibles que tenga con mi aseguranza. Además, entiendo que yo he sido proporcionado con un servicio y es mi responsabilidad de saber my propia cobertura de aseguranza, y estar enterado de servicios que puedan o no puedan ser cubiertos.

He leído y entiendo las pólizas antedichas, y estoy de acuerdo de cumplir con ellas. Atestigu  que toda la información es verdad y exacta al mejor de mi conocimiento.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Firma del Pariente _____ Fecha _____
(Para Menores)