

Central California Neurology Medical Corporation
Acuerdo de Cesión de Beneficios
Revelación de Información de Facturación

En Central California Neurology Medical Corporation estamos convencidos de que parte de las buenas prácticas de atención de la salud consiste en establecer políticas financieras y comunicarlas a nuestros pacientes. Nos dedicamos a ofrecer la mejor atención posible para usted y deseamos que entienda totalmente dichas políticas.

1. **PAGO.** Lo esperamos de usted cuando acuda a su consulta. Aceptamos dinero en efectivo o cheques. El pago incluirá toda suma no amparada por concepto de deducible, coaseguro, pagos coparticipes o cargos no amparados por la compañía de seguros. Si usted no dispone de seguro médico o su póliza se encuentra actualmente bajo una cláusula de afección preexistente, contamos con que usted efectuará su pago íntegro al acudir a su consulta.
2. **SEGURO.** Somos proveedores participantes de varios planes de seguros y presentaremos todos los reclamos de seguros, una lista de los cuales se ofrece previa solicitud. Por favor recuerde que el seguro es un contrato entre el paciente y la compañía de seguros, y a la larga el paciente es responsable de efectuar su pago íntegro. Si su compañía de seguros no paga dentro de un plazo razonable el servicio practicado, se le mandará una factura a usted. Si más adelante recibimos un pago de la compañía de seguros, le reintegraremos a usted el pago excesivo.

Si nuestros médicos no figuran en la red de su plan, es posible que usted sea responsable de efectuar un pago parcial o total. Si usted está asegurado con un plan con el cual no tenemos un arreglo previo, prepararemos y mandaremos por usted el reclamo sin asignación. Eso significa que la compañía de seguros podrá mandar el pago directamente a usted, y por tanto, nuestro cobro por la atención prestada a usted vence cuando se ofrece el servicio. Debido a que existen diversos productos que ofrecen las compañías de seguros, nuestros empleados no pueden garantizar la elegibilidad y cobertura de usted. Antes de su cita, cerciórese de verificar, con el departamento de beneficios del asegurado de su compañía de seguros, los servicios y médicos que le corresponden. Usted es responsable de pedir una remisión debidamente fechada, si la exige su compañía de seguros, y de efectuar el pago si su reclamo es rechazado por falta de dicha remisión.

No todos los planes de seguros ofrecen todos los servicios. En caso de que su compañía de seguros determine que un servicio “no es amparado”, usted será responsable de pagarlo íntegramente. El pago vence una vez que usted reciba el estado de cuentas de nuestra oficina. A menos que sea limitada por la póliza de su seguro, se considera que toda intervención que se facture en esta oficina es amparada.

3. **COBROS POR PAGOS Retrasados.** Podemos imponer una tasa del 12% anual a todo saldo de 90 días o más antiguo que tenga el paciente.
4. **CHEQUES DEVUELTOS.** Se impone un recargo por servicio de \$25.00. Se le pedirá que traiga dinero en efectivo o un giro postal para pagar la suma del cheque más el recargo por servicio.
5. **PRINCIPIOS DE CONTABILIDAD.** Los pagos y créditos se aplican primero al cobro más antiguo, salvo en el caso de pagos de seguro médico, los cuales se aplican a las fechas de servicio correspondientes.
6. **LLENAR FORMULARIOS MÉDICOS, COPIAR EXPEDIENTES CLÍNICOS, ETC.** Requiere tiempo del personal de oficinas, y de los médicos, requiere tiempo que podrían utilizar para atender a los pacientes. Podríamos exigir que se nos pague por adelantado por llenar formularios, copiar expedientes clínicos o realizar transcripciones adicionales de los médicos. El cobro se determina conforme al tamaño y la complejidad del formulario.
7. **CITAS PASADAS POR ALTO O CANCELADAS.** Nos reservamos el derecho de cobrar por citas canceladas, pasadas por alto o canceladas sin 24 horas de antelación.
8. Si tiene preguntas respecto a cualquier asunto relacionado a sus estados de cuenta, nuestro personal encargado de cuentas por cobrar se encuentra disponible para ofrecerle asistencia.

He leído y entiendo el Acuerdo de Cesión de Beneficios de la práctica y acepto ceñirme a sus condiciones. También entiendo y acepto que de vez en cuando dichas condiciones podrán ser enmendadas por la práctica.

Por tanto, yo, _____, reconozco que
(nombre en letra de molde del paciente o representante personal)

Central California Neurology Medical Corporation ha provisto una copia de su Acuerdo de Cesión de Beneficios a (marque una opción) _____ yo mismo _____ u otra persona, especifique _____.

X _____
Firma del paciente o representante personal

Fecha