

# JORDAN MEADOWS Y HUNTER CENTROS MÉDICOS

## Póliza Financiera

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a hacer un éxito de su tratamiento. Tenga en cuenta que el pago de su factura se considera una parte de su tratamiento. La siguiente es una declaración de nuestra póliza financiera que requerimos que usted lea y firme antes de cualquier tratamiento. Todos los pacientes también deben completar nuestro formulario de información del paciente antes de ver a un médico. LA PORCIÓN DEL PACIENTE ES DEBIDA AL TIEMPO DE SERVICIO.

### Asuntos de Seguros

Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Nosotros no somos parte de ese contrato. No podemos facturar a su compañía de seguros a menos que usted nos da su información correcta. El saldo de su cuenta es su responsabilidad si su compañía de seguros paga o no. Si no tienes tu co-pago o deducible, podemos pedir que usted cambie a la fecha de su cita.

**Por favor tenga en cuenta que algunos y tal vez todos, de los servicios prestados pueden ser "servicios no cubiertos" y no pueden ser considerado "razonable y necesario" bajo el programa de Medicare y otros programas de seguros médicos. Servicios pueden considerarse "preexistente" y no por paga bajo su contrato con la compañía de seguros. Todos los cargos son en última instancia su responsabilidad.**

### Pacientes Menores

El adulto que acompaña a un menor de edad o los padres (o tutores del menor) son responsables por el pago completo. Para los menores no acompañados, tratamiento que no son de emergencia será negado, a menos que los cargos han sido autorizado previamente a un plan de crédito aprobado, Visa/Master Card, etc., o pago en efectivo o cheque al tiempo de servicio ha sido verificado.

<p><b>Citas perdidas:</b> A menos que cancele por lo menos 24 horas de antelación, Citas perdidas se cobrará \$30. Por favor asegúrese de llamarnos si usted no puede hacer a su cita.</p>
--

### Derecho a Tratamiento

Yo Entiendo que al firmar este formulario autorizo a utilizar y revelar mi información de salud, para realizar el tratamiento (incluyendo tratamiento directa o indirecta por otros proveedores de salud involucrados en mi tratamiento), para obtener el pago de terceros pagadores (es decir, mi seguro), y para las operaciones diarias de la salud.

### Acción de Colección

Yo Certifico que la información que he proporcionado en este formulario es verdadera y correcta. Yo Entiendo que, independientemente de mi estado seguro, yo soy RESPONSABLE por el saldo de mi cuenta para todos los servicios profesionales prestados por los prados de Jordania y Hunter centros de médicos de familia y que si tengo cobertura de seguro, mi seguro le cobrará por esta oficina. Sin embargo, es mi responsabilidad para asegurarse de que el seguro paga. Además, entiendo que debe colección sea necesario, el responsable se compromete a pagar un 35% cuota de colecciones y todos los honorarios legales, incluyendo honorarios de abogados y costas judiciales. Cheques devueltos son recogidos por recuperación Express para Jordania Meadows y Hunter centros de médicos de familia. No podemos aceptar pago por cheques devueltos. Cheques devueltos irá directamente a la Agencia de colección.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE O DEL RESPONSABLE

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
POR FAVOR ESCRIBA EL NOMBRE DEL PACIENTE