

Women's Healthcare Physicians of Naples

Póliza Financiera

Usted es financieramente responsable por los servicios médicos que usted recibe. Por favor revise nuestra póliza y firme al final para indicar la aceptación de los terminos.

CITAS

1. **Copagos.** Copagos, deducibles y coaseguros se deben en el momento del servicio. Si usted no puede pagar en el momento de servicio, Women's Healthcare Physicians of Naples, reserva el derecho de reprogramar su cita hasta el momento que usted este disponible para hacer su pago. El pago de cualquier saldo pendiente debe ser pagado en su cita.

2. **Pagos de Procedimientos.** Women's Healthcare Physicians of Naples, recoge el pago de un procedimiento en el momento en que el procedimiento está previsto. Su prepago se basa en una estimación de la responsabilidad financiera . Esto es sólo una estimación. Usted es responsable de cualquier saldo no pagado después que su seguro (si aplica), ha sido facturado. En el caso que haya un pago en exceso, Usted puede solicitar un reembolso de acuerdo con nuestra póliza de reembolso. Nos reservamos el derecho de reprogramar su cita hasta que el prepago haya sido realizado.

3. **Faltar a Citas y Llegadas Tardes.** Si esta más de diez minutos de retraso, podemos reprogramar su cita. Si usted tiene más de veinte minutos de retraso, o si no se presenta a su cita, usted será responsable por una cuota de cita perdida. Perdidas de visitas al consultorio son sujetas a un cargo de \$50. Estos cargos son su responsabilidad y no se le cobrará a ninguna compañía de seguros.

PAGOS DE SEGUROS

4. **Responsabilidad Financiera.** Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Usted es el responsable por el pago completo de todos los servicios médicos prestados a usted. Alguno de los cargos no pagados por el seguro será de su responsabilidad, excepto limitado por nuestro contrato (si existe) con su compañía de seguros.

5. **Cambios de Cobertura y Presentacion oportuna al serguro.** Es su responsabilidad informarnos de una manera oportuna de cualquier cambio en su información de facturación o de seguro. Hay un límite de tiempo dentro del cual Women's Healthcare Physicians of Naples debe presentar una reclamación en su nombre a su seguro. Si Women's Healthcare Physicians of Naples no es capaz de presentar su reclamo dentro de este período, ya que usted no ha suministrado a la información correcta, usted será responsable de los cargos.

6. Pago en Efectivo. Si usted no tiene seguro, o si su seguro médico no paga por los servicios prestados por Women's Healthcare Physicians of Naples, se considera que el paciente paga en efectivo. Los cargos se basan en nuestra tarifa actual. Los pacientes deben hacer el pago en su totalidad en el momento del servicio.

BENEFICIOS Y LAS AUTORIZACIONES

7. Descripción del Plan de Seguro. Nosotros participamos con muchas, pero no todas las compañías de seguros. Es su responsabilidad ponerse en contacto con su compañía de seguros para verificar que su médico asignado participa en su plan. Cargos pueden tener mayores deducibles y copagos si el médico asignado no participa en su plan.

8. Referencias. Las referencias y los requisitos de las autorizaciones varían ampliamente entre las compañías de seguros y planes. Si su compañía de seguro requiere una referencia para que usted se vea, es su responsabilidad estar al tanto de este hecho, y de obtener esta referencia de su médico de cabecera.

9. Autorizaciones Previas y de los Servicios no Cubiertos. Women's Healthcare Physicians of Naples, puede prestar algunos servicios que los planes de seguro excluyan o requieran autorización previa. Si está asegurado, es su responsabilidad verificar que los servicios prestados sean beneficios cubiertos y autorizado por su compañía de seguros. Women's Healthcare Physicians of Naples, como una cortesía a nuestros pacientes, hacemos un esfuerzo de buena fe para determinar si los servicios estarán cubierto por su plan de seguro, y si es así, si necesita o no autorización previa para el tratamiento. Si se determina que se requiere autorización previa, trataremos de obtener dicha autorización a su nombre.

10. Pagos Fuera de la Red de beneficios. Si no somos parte de la red de su compañía de seguros y su compañía de seguros le paga a usted directamente, usted es el responsable por el pago y esta de acuerdo con adelantar el pago a Women's Healthcare Physicians of Naples, inmediatamente.

SALDOS DE LAS CUENTAS Y LOS PAGOS

11. Reasignación de los saldos. Si su compañía de seguros no paga en un plazo razonable, es posible que transferir el saldo de su exclusiva responsabilidad. por favor, siga con su compañía de seguros para resolver los problemas de falta de pago. saldos se deben dentro de los treinta días de haber recibido una factura.

12. Colección de Cuentas Pendientes de Pago. Si usted tiene un saldo pendiente superior a 90 días y no ha podido hacer arreglos de pago (o es delincuente en un plan de pago ya existente), es posible que a su vez se mande su factura a una agencia de cobro y / o un abogado, también puede dar lugar a la presentación de factura a agencias de crédito y / o acciones legales. La oficina se reserva el derecho a rechazar el tratamiento de pacientes con saldos pendientes más de 90 días. Usted se compromete a pagar a la oficina los gastos que conlleve el cobro en su cuenta, incluyendo los

honorarios de abogados razonables y costos de cobranza.

13.**Cheques Devueltos.** Los cheques devueltos serán sujetos a un cargo por cheque devuelto, que se basa en la cantidad del cheque.

14.**Reembolsos.** Reembolsos por pago en exceso o de prepago en los procedimientos anulados, se hacen sólo después de que se haya recibido el reembolso del seguro completo para todos los servicios médicos en su cuenta. Por favor, envíe una solicitud por escrito y de cuatro a seis semanas para que su solicitud sea procesada

ACUERDO Y LA ASIGNACION DE BENEFICIOS

He leído y entiendo la póliza financiera de la oficina, y me comprometo a cumplir con sus términos. Por la presente cedo todos los beneficios médicos y quirúrgicos y autorizo a mi compañía de seguro(s) para efectuar el pago directamente a Florida Woman Care, compañía administrante de Women's Healthcare Physicians of Naples. Por la presente autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros ya sea manual o electrónica. Yo entiendo que soy financieramente responsable de todos los servicios que reciba. Una copia de este es tan válida como la original.

Firma: _____ Fecha : _____