



POLIZA FINANCIERA

Como sus doctores, estamos dedicados a darle la mejor atención médica posible. Para alcanzar esto, necesitamos su asistencia y el que comprenda nuestra póliza financiera.

Solicitamos que todos los servicios sean pagos al terminar su visita. Si usted tiene seguro, por favor presente su tarjeta del seguro para ser verificada. Si su seguro cambia, por favor notifiquenos lo más pronto posible.

BLUE CROSS/BLUE SHIELD PPC (___): Como proveedores con PPC de _____, solicitamos que el co-pago y el deducible (si aplica en su caso) sea pago completamente en el momento de su visita. Nosotros aceptamos el asignamiento de cobertura de servicios y le cobraremos al seguro. Cualquier balance restante después de que su seguro haya pagado, será su responsabilidad y una factura le será enviada.

MEDICARE: Nosotros somos proveedores participantes con Medicare, nosotros le mandaremos el cobro a Medicare. Cualquier servicio de rutina no cubierto por Medicare (Por ejemplo: Exámenes Preventivos o de rutina), le será cobrado a usted en el momento que este servicio sea rendido. Solicitamos un pago del 20% de los cargos permitidos por Medicare y cualquier deducible (si es aplicable en su caso) que no haya sido pagado en el momento de su visita.

(PCA) SERVICIO ADMINISTRADO: Nosotros **NO** somos proveedores de ningún programa de plan de servicios administrados excepto por PCA. Si usted es miembro de un plan de servicios administrado, y usted escoge vernos como su médico, por favor preparese con anterioridad para pagar los servicios al tiempo que estos sean rendidos. O, si su médico le ha referido a nosotros, por favor verifique **ANTES** de su cita que hemos recibido autorización para el pago de su visita.

PROGRAMA DE COMPENSACION PARA TRABAJADORES (WORKER'S COMPENSATION) Y SEGURO DE AUTO: Nosotros no participamos en el cuidado de enfermedades que estén en reclamación en el programa de compensación para trabajadores. Tampoco tratamos emergencias primarias de accidentes de auto.

ACUERDO FINANCIERO: Tendremos el placer de discutir el tratamiento propuesto y el costo de estos servicios. Si usted tiene preguntas acerca de, si su seguro cubrirá un servicio médico, nosotros trataremos de averiguar con su seguro si cubrirá este servicio. Por favor **TENGA EN CUENTA**, que su seguro tiene un contrato entre usted, su empleador (si aplica en su caso) y la compañía de seguro. Nosotros no hacemos parte de ese contrato. Desafortunadamente, no todos los servicios son un beneficio que este cubierto en todos los contratos. Algunas compañías de seguro seleccionan arbitrariamente ciertos servicios que ellos no cubran. (por ejemplo: exámenes físicos anuales...)

Debemos enfatizar que como sus doctores, nuestra relación y preocupación es con usted como paciente y su salud, no con su compañía de seguro. **TODOS LOS CARGOS POR SERVICIOS SON SU RESPONSABILIDAD EN EL MOMENTO DE LA VISITA.** Cualquier balance en su cuenta que sea mayor de 90 días, será enviado a colecciones. Nosotros estamos conscientes que se pueden presentar circunstancias que pueden afectar el pago a tiempo de su cuenta. En caso de que alguna circunstancia extrema ocurra, por favor contacte nuestra oficina de seguros lo más pronto posible para asistencia en el manejo de su cuenta. Un cargo mensual de \$3.00 será agregado a cualquier cuenta que tenga balances sin pagar, pendientes después de 60 días después de que el seguro pague.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de lo mencionado en esta forma, o si no está seguro de la cobertura de su seguro o petición de pago, por favor no dude en preguntar. Nosotros estamos aquí para ayudarle.

CERTIFICO QUE HE COMPRENDIDO Y ESTOY DE ACUERDO CON LA POLIZA FINANCIERA DE DIGESTIVE DISEASE CENTER OF THE PALM BEACHES.

Firma del Paciente

Fecha

Firma de Personal de la Oficina

Fecha