



### POLITICA FINANCIERA

Gracias por elegir el Centro de Dermatología y Cirugía Láser para sus necesidades dermatológicas. Estamos comprometidos a proporcionarle atención médica de calidad. Por favor, lea esta política de pago actualizada, háganos cualquier pregunta que tenga y firme en el espacio provisto. Se le proporcionará una copia a su solicitud.

- 1. Auto-Pago:** A los pacientes que pagan por su cuenta sin seguro se les pedirá que paguen el saldo total en el momento de la visita. El pago realizado en su totalidad en el momento de la visita tendrá un 20% de descuento. Si usted no puede pagar el total en la visita, se requiere un depósito de \$206 para pacientes nuevos y \$139 para pacientes establecidos. Todos los cargos adicionales serán facturados directamente a usted con el pago total dentro de los 30 días siguientes a la fecha del servicio y no recibirán el 20% de descuento.
- 2. Seguros:** Se requiere que los pacientes traigan su tarjeta de identificación de seguro actual a cada cita. Es responsabilidad del paciente informarnos de cualquier cambio en el seguro, dirección o número de teléfono. Si no hay ninguna tarjeta de seguro presente y necesaria en el momento de su visita, se le cobrará el depósito de \$206 para pacientes nuevos o \$139 para pacientes establecidos. Usted será responsable de pagar su deducible anual, coseguro, copago y cualquier cargo por todos los servicios no cubiertos. \*\*Si su seguro requiere una referencia, por favor llame a su médico de atención primaria para obtener una antes de su visita. Sin una referencia, se le pedirá que re programe su cita.
- 3. Interpretes:** Entiendo que se requieren interpretes para cada visita. Los interpretes son un beneficio cubierto para usted proporcionada por la oficina.
- 4. Copagos:** Todos los copagos deben ser pagados al momento de recibir el servicio. Este arreglo es parte de su contrato con su compañía de seguros. La falta de cobro de los copagos de los pacientes por nuestra parte puede considerarse un fraude. Por favor ayúdenos a mantener la ley pagando su copago en cada visita. Nuestra oficina acepta efectivo, cheques, todas las principales tarjetas de crédito y Care Credit para todas las visitas médicas. Si no se recibe un copago en el momento de su visita, se agregará un cargo de facturación de \$20 a su cuenta.
- 5. Medicare:** Aceptamos la asignación de Medicare y facturaremos a su seguro secundario por usted. Usted es responsable de pagar su deducible, copago, coseguro y cualquier cantidad no pagada por Medicare o su seguro secundario.
- 6. Planes Fuera de la Red:** Los pacientes que están cubiertos por un plan privado en el que nuestros médicos no son proveedores participantes deberán pagar un depósito de \$206 para pacientes nuevos y \$139 para pacientes establecidos en el momento del servicio. El saldo total sin pagar que quede después del pago de su seguro se le facturará a usted sin importar los beneficios y las políticas de pago de su compañía de seguros.
- 7. Honorarios de patología y laboratorio.** Tenga en cuenta que cualquier patología y/o costos de laboratorio se facturarán por separado de su visita. Si usted tiene un procedimiento que requiere que enviemos una muestra al laboratorio en su nombre, recibirá una factura de ese laboratorio. Por favor avisenos en el momento de su visita si su compañía de seguros requiere que usted use un laboratorio específico.
- 8. Citas Cosméticas y Compra de Productos:** Aceptamos efectivo o tarjeta solamente - no cheques por favor. Los cheques están bien para los servicios médicos.
- 9. Política de cancelación:** Nuestro objetivo es proporcionar atención dermatológica de calidad de manera oportuna. Hemos implementado una política de cancelación que nos permite utilizar mejor las citas disponibles para nuestros pacientes que necesitan atención dermatológica. \*\*El no cancelar su cita médica o cosmética sin aviso previo de 24 horas se considera un "no show". Al no acudir a la cita se le cobrará \$100 por una visita al consultorio/visita cosmética-incluyendo consultas. Hay un cargo de \$150 por las citas de cirugía y se requiere una notificación con 48 horas de anticipación para cancelar. Estos cargos serán su responsabilidad y se le facturarán directamente a usted. Nos reservamos el derecho de despedir a los pacientes de nuestra práctica después de 3 citas perdidas en un período de 12 meses. Por favor ayúdenos a servir mejor a todos nuestros pacientes manteniendo sus citas programadas regularmente.
- 10. Cheque devuelto:** En caso de que recibamos un cheque devuelto debido a fondos insuficientes, se le cobrará un cargo de \$35.00 por cheque a su cuenta. El pago se deberá realizar en su totalidad inmediatamente después de la notificación.
- 11. Cuentas Delincuentes:** Los pacientes en un plan de pago por un saldo vencido deben proceder como Auto-Pago hasta que el saldo sea pagado en su totalidad. Si el saldo de su cuenta se entrega a una agencia de cobranza externa, se le cobrará una tarifa de procesamiento de \$25 a su cuenta. Una vez que la cuenta ha sido entregada a cobranzas, todas las citas futuras procederán como Auto-Pago hasta que se procese el seguro.

#### **NOTA IMPORTANTE SOBRE LOS BENEFICIOS DE SU SEGURO:**

Por favor, asegúrese de revisar los beneficios de su seguro. Los tratamientos y procedimientos recomendados para usted son considerados por su compañía de seguros como un cargo separado de la visita al consultorio con el proveedor, incluso si la cita ocurre el mismo día de su cita con el proveedor. Por lo general, los copagos y deducibles se aplican a este tipo de citas. Si tiene preguntas específicas sobre las pautas de su póliza de seguro, comuníquese con el departamento de servicio al cliente de su compañía de seguros. Como cortesía, nuestra oficina puede comunicarse con su seguro para verificar la cobertura en su nombre para procedimientos específicos realizados en nuestra oficina. Tenga en cuenta que la cotización vendrá directamente de su compañía de seguros y el Centro de Dermatología y Cirugía Láser no se responsabiliza de ninguna manera por cualquier información errónea proporcionada por su compañía de seguros.

Nuestra práctica está comprometida a proporcionar la mejor atención a nuestros pacientes. Nuestros cargos son representativos de los cargos usuales y acostumbrados en nuestra área. Gracias por entender nuestra política de pagos. Por favor, háganos saber si tiene alguna pregunta o inquietud.

**He leído y entendido la política de pago y estoy de acuerdo en cumplir con sus pautas:**

\_\_\_\_\_  
**Nombre en Letra de Imprenta**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de Nacimiento**

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente o responsable**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de hoy**