

## ACUERDO FINANCIERO DEL PACIENTE

- **Co-Pagos:** Su seguro médico nos requiere cobrar el co-pago al momento de su visita. La exoneración del co-pago puede constituir fraude bajo leyes estatales y federales. Por favor ayúdenos a respetar la ley pagando su co-pago en cada visita.
- **Pago de Deducibles:** Si su seguro médico le requiere satisfacer la cantidad de su deducible antes de cubrir los servicios, usted deberá hacer su pago al momento de su visita. La cantidad de \$100.00 será requerida al momento de su visita. Por favor tenga en cuenta que el pago de \$100.00 no constituye el pago en su totalidad y cualquier saldo pendiente se le notificará por medio de esta oficina.
- **Envío de Facturas:** Nosotros enviaremos su factura y le asistiremos de cualquier manera razonable para que sus facturas sean pagadas. El pago de su seguro médico es esperado dentro de un plazo de 45 días. Después de 45 días, esperaremos de usted el pago en su totalidad. Usted será responsable por cualquier servicio no cubierto por su seguro médico según las reglas y pólizas de Medicare. Debemos tener una copia de su tarjeta más reciente de su seguro médico y cualquier seguro suplementario o secundario que pueda tener. Cuentas vencidas por más de 90 días están sujetas a ser enviadas a una Agencia de Colección o a una Corte De Demandas Pequeñas por facturaciones no pagadas. Si recibimos notificación de que usted no es elegible o no estamos contratados con su seguro médico, usted será responsable por los cargos incurridos. Puede ser que su seguro médico le mande cierta información directamente a usted. Es su responsabilidad cumplir con esta petición.
- **Servicios de Cuidado Preventivo:** Los exámenes de rutina no siempre son cubiertos por su seguro médico. Tenga en cuenta que si un problema adicional es observado en su visita, podría incurrir un cobro adicional de un co-pago o deducible por esta visita médica. Si los servicios son negados por su seguro médico o no nos ha proporcionado la información correcta de su seguro médico, usted será responsable de pagar por estos servicios.
- **Pago en Efectivo:** La cantidad que usted pague hoy por su visita médica, pueda no ser su pago final. Otros costos pueden ser incurridos por su visita de hoy incluyendo, pero no limitado a, pruebas de laboratorio, exámenes de rayos x, cualquier inyección, procedimientos especiales o cobros adicionales por su visita.
- **Cobros de Laboratorio:** Cualquier procedimiento de laboratorio ordenado durante su visita de hoy será facturado por separado por el laboratorio. Favor de llamar directamente al laboratorio para cualquier pregunta que tenga sobre su cobro.
- **Citas Perdidas:** Por favor tenga en cuenta que un cobro de \$25 será aplicado por citas perdidas o no canceladas dentro de un día laboral. Este cobro será su responsabilidad y será facturado directamente a usted. Por favor ayúdenos a servirle mejor manteniendo su cita programada. Si en algún momento usted experimenta dificultades financieras y necesita hacer arreglos de pago, favor de ponerse en contacto con nuestra oficina de facturación.

**Asignación de Beneficios** – Autorización queda concedida para revelar la información necesaria para procesar y completar la factura del seguro médico y el pago de beneficios es directamente pagado a Graybill Medical Group por todos los servicios rendidos. *Iniciales:* \_\_\_\_\_

He leído y entendido la declaración antedicha. Estoy de acuerdo en cumplir con las pólizas financieras de la oficina y soy financieramente responsable por mi cuenta.

*Firma del Paciente o Tutor:* \_\_\_\_\_ *Fecha:* \_\_\_\_\_

*Nombre del Paciente (Imprima):* \_\_\_\_\_ *Fecha de Nacimiento:* \_\_\_\_\_