

RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

Estamos comprometidos a brindarle atención médica de la mejor calidad posible. Si usted tiene alguna necesidad especial, estamos para ayudarlo. El propósito de la siguiente información es para evitar malos entendidos o desavenencias respecto al pago por servicios profesionales.

1. El saldo total del paciente debe cancelarse al momento de prestarse los servicios. Para su conveniencia aceptamos pagos en efectivo, cheque, tarjetas de crédito: Visa, MasterCard, Discover y American Express y Quick Pay oportunas.
2. Nuestras oficinas participan con una gran variedad de planes de seguro. Pero es su responsabilidad:
 - Traer consigo su tarjeta de seguro médico a cada visita.
 - Estar preparado para hacer su copago en cada visita, ya sea en efectivo, cheque o tarjeta de crédito.
 - Para aquellos servicios que su seguro NO CUBRE, usted debe hacer el pago total el día de la visita.
 - Usted es responsable por cualquier saldo pendiente que se adeude a *Covenant Medical Group* por los servicios prestados a usted o a algún miembro de su familia de quien usted sea responsable.
3. Si su seguro médico es a través de una compañía con la que NO PARTICIPAMOS, con mucho gusto le ayudaremos a hacer el reclamo, si nos lo solicita con anticipación. Sin embargo, el pago total de la cuenta debe hacerse el día que se presta el servicio.
4. Referencias: Es su responsabilidad traer las notas de referencia para su tratamiento a más tardar el día de la visita. Si usted no tiene la nota de referencia, se le podría cambiar su cita o usted puede ser financieramente responsable.
5. Si el paciente es menor de edad (18 años de edad o menos), el padre o tutor debe firmar al final de este documento. El padre, tutor o el menor que venga sin acompañante es responsable de cualquier pago que deba hacerse el día que se preste el servicio y de traer consigo la nota de referencia y la tarjeta de seguro médico.
6. Si usted tiene alguna duda con respecto a su seguro médico, con mucho gusto le ayudaremos. Sin embargo, las dudas relacionadas con la cobertura de su plan deberá plantearlas al departamento de servicios de membresía de su compañía de seguros (el número de teléfono está en su tarjeta). Si su compañía de seguros determina que los servicios no están cubiertos, el responsable debe hacer el pago.
7. Si usted no cumple con el pago total de los servicios, su cuenta atrasada será enviado a una agencia de cobros. Esta agencia tiene autorización de ponerse en contacto con usted con los números de teléfono usted nos a dado. Si usted se niega continuamente a pagar los servicios recibidos, Covenant Medical Group podría decidir no continuar dándole los cuidados médicos.

Creemos firmemente que una buena relación entre médico y paciente está basada en el entendimiento y la buena comunicación. Cualquier pregunta referente a arreglos financieros debe hacerse antes de la prestación de servicios. Por favor firme, dando fe de que leyó y está de acuerdo con la información financiera arriba mencionada, la que asigna a *Covenant Medical Group* y a cualquiera de los médicos que le han atendido, todos los derechos, posesión y atención en cualquier pago que debe hacerse por los servicios prestados en la o las políticas de seguro incluyendo *Medicare* o *Medicaid*. Autorizo a cualquiera que posea información médica o de otro tipo acerca de mí, para que le sea entregada a la *Social Security Administration* (Administración del Seguro Social) o sus intermediarios o portadores de cualquier información necesaria para ese reclamo. Estoy de acuerdo en pagar los cargos que puedan ser mayores a la cantidad pagada por la compañía o compañías de seguro.

Firma del paciente o de su responsable

Fecha

Firma del corresponsable

Fecha