

Responsabilidad Financiera del Paciente

Nosotros estamos comprometidos de proveer a usted con el mejor cuidado medico posible. Si usted tiene necesidades especiales, nosotros estamos aqui para trabajar con usted y la siguiente información es de proveerla para evitar malos entendidos o desacuerdos acerca de los pagos por los servicios profesionales.

1. El balance total del paciente que se debe se requiere que sea pagado en el momento que se le proveen los servicios médicos. Para su conveniencia, nosotros aceptamos efectivo, cheques, MasterCard, Discover, American Express y oportunidades de Crédito por el Servicio.
2. Nuestra oficina participa con variedad de planes de seguros. Su responsabilidad es:
 - Trae sus tarjetas de su seguro a cada visita.
 - Este preparado a pagar su pago compartido en cada visita al contado, cheque, o tarjeta de crédito.
 - Para el cuidado medico que **no esta cubierto** por su seguro, el pago completo se tiene que pagar en el momento de su visita.
 - Usted es responsable por cualquier balance que deba al Covenant Medical Group por los servicios otorgados a usted o cualquier miembro de su familia en las que usted es responsable.
3. Si usted tiene un seguro en la nosotros **no participamos**, si usted lo pide nuestra oficina ariá con gusto el llenar las formas, sin embargo el pago total es requerido al tiempo del servicio.
4. Consultas: Es su responsabilidad de traer cualquier consulta requerida a su tratamiento o antes de su visita. Si usted no tiene la consulta, su visita será cambiada a otra fecha o quizá usted sea responsable de la cuenta.
5. Si el paciente es menor de edad (18 años o más joven) el padre, guardián necesita firmar la forma. El padre, guardián o menor de edad sin compañía es responsable de cualquier pago al tiempo del servicio, trayendo las consultas necesarias y tarjeta del seguro.
6. Si usted tiene preguntas acerca de su seguro, nos daría mucho gusto el poder ayudarle. Cualquier cuestión especifica acerca de la cobertura, está tiene que hacerse directamente a la compañía departamento de servicios a los miembros. (el numero esta en la tarjeta del seguro). Si su seguro determina que los servicios que se le dieron no están cubiertos por el seguro, la persona responsable debe ese pago.
7. Si usted falla en hacer los pagos totalmente por los servicios, su balance en su cuenta por pagar será enviada a la agencia de colecciones.
Si usted constantemente rehúsa pagar por los servicios dados a usted, CMG quizá decidan el no darle servicios a usted.

Nuestra practica cree firmemente en la buena relación entre doctor/paciente que esta basada en el entendimiento y buena comunicación. Preguntas para hacer arreglos financieros; necesita preguntar antes de que se le provean los servicios. Por favor firme que usted a leído y esta de acuerdo con lo antes mencionado acerca de lo financiero que el asigna a Covenant Medical Group, y u otro doctor que lo haya atendido, todos los derechos e interés en cualquier pago por servicios dados en la póliza o pólizas de seguro incluyendo Medicare. Medicaid. Yo autorizo a cualquier titular medico o tenga otra información de mi que sea dada a la Administración del Seguro Social o intermediarios/portadores de cualquier información necesaria para este reclamo. Yo acepto pagar los cobros que quizá sean más que la cantidad que la compañía de seguro o compañías de seguro pagaron.

Firma del paciente o Persona Responsable

Fecha

Firma de la Persona Co-Responsable

Fecha