

Acuerdo financiero del paciente

LEA DETENIDAMENTE Y FIRME A CONTINUACIÓN.

En consideración a recibir los servicios de un centro de Self Regional Healthcare (SRH), usted acepta lo siguiente:

1. Todos los servicios se le proporcionan con el entendimiento de que usted es responsable del costo, independientemente de su cobertura de seguro. Si desea saber el costo de un servicio, infórmese antes del tratamiento. Tenga en cuenta que no todos los servicios están cubiertos por las diferentes compañías de seguros. Usted es responsable de saber qué servicios están o no están cubiertos.
CONOZCA SUS BENEFICIOS. Asimismo, autoriza e insta a Self Regional Healthcare a aplicar cualquier sobrepago para liquidar otras cuentas afiliadas que tanto usted como su cónyuge o sus hijos dependientes tengan en Self Regional Healthcare.
2. **En la fecha del servicio**, cobraremos el deducible, el copago, el coseguro y el pago de cualquier servicio no cubierto, así como la parte del paciente determinada por el seguro. Aceptamos efectivo, cheque, tarjetas de débito y tarjetas de crédito MasterCard y Visa. Asimismo, autoriza e insta a Self Regional Healthcare a aplicar cualquier sobrepago para liquidar otras cuentas afiliadas que tanto usted como su cónyuge o sus hijos dependientes tengan en Self Regional Healthcare.
3. Su póliza de seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros. Nosotros NO somos parte de ese contrato. Es su responsabilidad notificar a esta oficina inmediatamente si su cobertura o compañía de seguros cambia. **Es su responsabilidad entender su cobertura y sus beneficios, lo que incluye las precertificaciones, los requisitos de remisión y autorización, y asegurarse de que toda la información del seguro esté actualizada. CONOZCA SUS BENEFICIOS.**
4. Facturaremos a su compañía de seguros como cortesía, pero usted sigue siendo el responsable final del pago de todos los servicios que reciba. Si su compañía de seguros no responde en un plazo de 30 días, haremos un seguimiento con una investigación en su nombre. Sin embargo, si su seguro no responde en un plazo de 60 días a partir de la presentación de la reclamación, le enviaremos a usted un estado de cuenta. Deberá llamar a su seguro para averiguar por qué no se ha pagado la reclamación. Nuestra oficina solo lo asistirá después de que usted se haya puesto en contacto con su seguro.
5. Si su reclamación médica no ha sido pagada y la compañía de seguros no ha resuelto la disputa, puede registrar una queja ante el Departamento de Seguros de Carolina del Sur. Nuestra oficina hará todo lo posible para ayudarle; pero debe entender que no puede retrasar el pago mientras espera el resultado de su queja.
6. Cualquier cargo que no se haya pagado y tenga más de 90 días de antigüedad será considerado para su envío a una agencia de cobros externa. Usted es responsable de pagar cualquier tasa de cobro, honorarios legales o costos judiciales incurridos en el proceso de cobro. Esta agencia informará de su falta de pago a las TRES (3) agencias nacionales de información crediticia.
7. Entendemos que un pago puede verse afectado por problemas financieros temporales. Le recomendamos que nos comunique cualquier problema de este tipo para que podamos ayudarle en la gestión de su cuenta. Llame al (864) 725-7800 de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. para recibir asistencia.
8. **No asegurado:** Si no tiene seguro médico, será responsable de efectuar un pago mínimo en el momento en que se preste el servicio por el servicio que se recibirá ese día, así como por cualquier saldo pendiente anterior. Si es necesario un procedimiento, se puede requerir el pago antes de dicho procedimiento. Ofrecemos un 20 % de descuento si realiza el pago total en el momento en que se preste el servicio.
9. En este consultorio se ofrece acceso a muchos servicios y procedimientos innovadores, y algunos de ellos se consideran “no cubiertos” por el seguro. En algunos casos, se le dará una exención para este tipo de servicios/procedimientos antes de que se presten/realicen. Usted será responsable del pago total en el momento en que se preste el servicio.
10. Los cheques devueltos están sujetos a una tasa de \$25.00 por devolución.
11. **Divulgación de información:** Usted asigna los beneficios de su contrato de seguro médico, Medicaid o Medicare a SRH y autoriza el pago directamente a SRH. Usted autoriza a SRH a liberar información médica a los pagadores como se requiere para el pago de las reclamaciones por servicios médicos.

Estamos comprometidos a proveerle la mejor atención posible y estamos dispuestos a discutir nuestros honorarios profesionales en cualquier momento. Su clara comprensión de nuestra política financiera es importante para nuestra relación. No dude en preguntarnos si tiene alguna inquietud sobre nuestros honorarios, la política financiera o su responsabilidad financiera.

Leí y entiendo este “Acuerdo financiero del paciente”.

Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta del paciente/tutor legal _____

Firma _____