



7447 West Talcott Road Suite 542, Chicago, IL 60631

**Financiero:** la información de facturación completa se proporcionará en el momento de su cita. Aquellos pacientes que no tienen seguro o no pueden proporcionar información de facturación adecuada son responsables del pago total de sus facturas. Debemos obtener una copia de su licencia de conducir y un seguro válido actual para proporcionar prueba de seguro. Si no nos proporciona la información correcta del seguro de manera oportuna, es posible que sea responsable del saldo de una reclamación.

**Seguro:** Como cortesía, nuestro departamento de facturación facturará su seguro en su nombre, siempre que proporcione toda la información necesaria en el momento del servicio. Cualquier servicio que su seguro no pague se convertirá en su responsabilidad financiera. Debido a la cantidad de planes de seguro con los que trabajamos y los diferentes contratos que tienen nuestros proveedores como entidades propias, no nos es posible conocer todos los beneficios cubiertos que cubre su plan específico. Pedimos que nuestros pacientes se familiaricen con los diferentes niveles de beneficios disponibles y si ciertos servicios están cubiertos, específicamente cualquier servicio o procedimiento. Notifique a nuestro personal de recepción si sabe que ciertos servicios no están cubiertos y esté preparado para realizar pagos por ese servicio el día de su cita. Los pacientes sin cobertura son elegibles para recibir un descuento por pronto pago si el pago se recibe el día en que se presta el servicio.

**Pago propio:** entiendo que soy financieramente responsable por los servicios recibidos y que puedo ser elegible para un plan de pago por mi saldo con mi médico. Cualquier plan de pago requiere la aprobación previa del gerente de la oficina. Cualquier pago que caduque durante un período de 3 meses se enviará a una agencia de cobro.

**Política de no presentación/cancelación:** entendemos que hay momentos en los que debe faltar a una cita debido a emergencias u obligaciones laborales o familiares. Sin embargo, cuando no llama para cancelar una cita, puede estar impidiendo que otro paciente reciba el tratamiento que tanto necesita. **Si una cita no se cancela con al menos 48 horas de anticipación, se le cobrará una tarifa de cincuenta dólares (\$50);** esto no será cubierto por su compañía de seguros.

**Copagos y Deducibles:** Todos los copagos y deducibles deben pagarse en el momento del servicio. Este arreglo es parte de su contrato con su compañía de seguros. Para su comodidad, podemos aceptar efectivo, cheque, Visa, MasterCard o Discover.

• Presentaremos sus reclamos y lo ayudaremos de cualquier manera que podamos responsablemente para ayudar a que se paguen sus reclamos. Su compañía de seguros puede necesitar que proporcione cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud. Tenga en cuenta que el saldo de su reclamo es su responsabilidad, ya sea que su compañía de seguros pague o no su reclamo. Su beneficio de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros; no somos parte de ese contrato.

**Cambios de cobertura:** Si su seguro cambia, notifíquenos antes de su próxima visita para que podamos hacer los cambios apropiados para ayudarlo a recibir sus máximos beneficios. Si su compañía de seguros no paga su reclamo en 60 días, el saldo se le facturará automáticamente.

**pago:** Si su cuenta tiene más de 90 días de atraso, recibirá una llamada telefónica y/o una carta que le indicará que tiene 20 días para pagar su cuenta en su totalidad. No se aceptarán pagos parciales a menos que se negocie lo contrario. Tenga en cuenta que si queda un saldo sin pagar, es posible que remitamos su cuenta a una agencia de cobro.

Nuestra práctica está comprometida a brindar el mejor tratamiento a nuestros pacientes. Nuestros precios son representativos de los cargos usuales y habituales de nuestra área. Gracias por entender nuestra política de pago. Háganos saber si tiene alguna pregunta o inquietud.

He leído y entiendo la política de pago y acepto cumplir con sus pautas:

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

V:07/22