TRI COUNTY INTERNAL MEDICINE

POLITICA FINANCIERA

Nosotros estamos comprometidos a satisfacer sus necesidades en el cuidado de salud. Nuestra meta es que su seguro y cualquier otro arreglo financiero se mantenga lo más simple posible. Para poder lograr esto en una manera efectiva, por favor siga las siguientes guías:

1. Todas las cantidades adeudadas de **copago, coaseguro** y **deducible** se deben al momento de servicio como es requerido por su compañía de seguros. Si su compañía de seguros no responde dentro de 60 días, usted será responsable por el saldo restante. Su beneficio del seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Nosotros no somos parte de ese contrato. Por favor ayúdanos a servirles mejor al conocer sus beneficios de seguro. *Asegúrese de elegir a uno de nuestros médicos como su doctor de cabecera (PCP) antes de su cita si un PCP es requerido por su plan de seguro médico*.
2. **Cheque devuelto.** Nosotros aceptamos efectivo, Discover, Mastercard, Visa, y cheques personales. Sin embargo, si su cheque es devuelto por su banco por cualquier razón, nosotros cobramos un cargo de servicio de $35.
3. **Cargo de facturación.** Nosotros cobramos un cargo de servicio de $10 si falta pagar en el momento de servicio.
4. **Recobro de impagados.** Si su cuenta está atrasada más de 30 días, usted recibirá una carta declarando que tiene 10 días para pagar su saldo adeudado o para llegar a un acuerdo con nuestro Departamento de Facturación. Si el saldo sigue pendiente, le llamaremos y le enviaremos una segunda carta. Esta carta servirá como notificación de que podríamos enviar su cuenta a una agencia de recobro de impagados.
5. **Política de cancelación.** Nosotros requerimos que nos avise con por lo menos 4 horas de anticipación en caso de cancelación. Si usted falla en avisar, o si usted pierde su cita, nosotros cobramos un cargo de $25. Si la clase de cita que ha programado requiere más tiempo de anticipación para cancelar, usted será informado por escrito de esa política de cancelación.
6. **Gastos administrativos.** Se requiere un cargo de $25 por completar cualquier clase de formulario o documento. Este cargo se debe al tiempo de la petición.
7. **Servicios de laboratorio.** Nuestra clínica utiliza los servicios de LabCorp, Quest, y otros laboratorios. Si usted recibe una factura de uno de estos laboratorios contratados, llame al número de teléfono en esa factura si tiene cualquier pregunta.
8. **Reclamaciones de vehículos de motor.** Es nuestra política de que no mandamos reclamaciones de 3ª parte. Cualquier visita al consultorio que se trate de un accidente de vehículo de motor tendrá que ser una transacción de auto-pago (self-pay), o sea, usted tendrá que pagar por esos servicios fuera de su bolsillo. Nosotros le proporcionaremos con un recibo detallado para sus registros.
9. **Compensación de trabajadores.** Estaremos encantados de darle tratamiento por cualquier herida relacionada con el trabajo siempre y cuando nuestra clínica forma parte del Panel de Médicos para su empleador.

ASIGNACION DE BENEFICIOS Y CONSENTIMIENT PARA DAR INFORMACION

Yo autorizo la divulgación de cualquier información médica, incluyendo información relacionada a la atención psiquiátrica, el abuso de drogas y alcohol, y la información confidencial de VIH/SIDA, necesaria para procesar reclamaciones de seguro o cualquier información médica que se necesita para cualquier revisión de la utilización o de control de calidad. Yo asigno todos los beneficios médicos y/o quirúrgicos, incluyendo todos los beneficios de gastos médicos mayores a los que tengo derecho, a Tri County Internal Medicine, P.C. Esta asignación se mantendrá en efecto hasta que sea revocado por mí, por escrito. Una fotocopia de esta autorización será considerada efectiva y válida como la original. Yo entiendo que soy financieramente responsable de todos los saldos no cubiertos por esta asignación.

GARANTIA DE CUENTA

Para cualquiera de los servicios prestados por este consultorio, yo garantizo el pago de todas las cuentas. Si no se paga el saldo adeudado y es transferido a una agencia externa de colección, entiendo que seré responsable por el saldo adeudado más la tarifa de colección de 30%.

Nombre del paciente: _____
(Escriba Su Nombre)

Fecha de Nacimiento: _____/_____/_____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Persona que da el consentimiento, y relación, si no es el paciente: _____