



## Acuerdo Financiero

Estamos comprometidos a proporcionarle la mejor atención posible y estamos encantados de discutir nuestros honorarios profesionales con usted en cualquier momento. Su clara comprensión de nuestra Política Financiera es importante para nuestra relación profesional. Por favor pregunte si tiene alguna pregunta sobre nuestros cargos, política o su responsabilidad financiera.

### **TODOS LOS PACIENTES DEBEN LEER Y FIRMAR ESTE ACUERDO ANTES DE QUE PUEDAN SER TRATADOS POR UNO DE NUESTRO FÍSICOS.**

**PUNTOS:** Si no puede cumplir con su cita, debe dar un aviso de 24 horas para que podamos ofrecer a otro paciente su franja horaria. Si no puede proporcionarnos este aviso, se le cobrará un cargo de cancelación por **cancelación tardía o sin espectáculo de \$50.**

**REFERENCIAS:** Si su plan requiere una referencia de su médico de atención primaria, es su responsabilidad obtener una antes de su cita y llevar una copia con usted en el momento de su visita. **TENGA EN CUENTA:** El PCP debe enviar la referencia a su compañía de seguros y es su responsabilidad ponerse en contacto con el transportista para asegurarse de que se recibió la referencia enviada. Si no tiene una referencia, se le pedirá que firme una exención financiera, que establece que usted será responsable de los servicios de ese día, a menos que referencia se proporciona al final del día hábil.

**COPAGOS:** Por ley, debemos cobrar su copago designado. Este pago se espera en el momento del servicio. Por favor, esté preparado para pagar nuestro copago en cada visita.

**PLANES FUERA DE LA RED:** Usted será responsable de cualquier saldo que su plan indique como debido en su formulario de explicación de beneficios. Ajustaremos los cargos para que coincidan con los cargos de sus planes. Todos los pacientes serán responsables de su coseguro y deducible. Si no participamos con su plan, le enviaremos una factura de cortesía a ese transportista en su nombre. Sin embargo, si no pagan su reclamo dentro de los 45 días, usted será responsable del monto total adeudado. Si recibe el pago de su compañía de seguros, reenvíelo al Centro de Alergia y Asma.

**PACIENTES DE AUTO-PAY:** El pago es requerido en el momento del servicio a menos que se hayan realizado otros acuerdos financieros antes de su visita.

**PADRES DIVORCIADOS/SEPARADOS DE PACIENTES MINOR:** El padre que consiente el tratamiento de un niño menor de edad es responsable del pago de los servicios prestados. El Centro de Alergia y Asma no estará involucrado con disputas de separación o divorcio.

**INYECCION(S)/CONSENTIMIENTO DE SERUM:** Como cortesía, trataremos de preguntar sobre los beneficios de nuestros pacientes. Sin embargo, no garantizamos ningún beneficio ni garantizamos el pago por parte de su compañía de seguros. Como cortesía, le ayudaremos a llenar la documentación para cualquier reembolso de su compañía de seguros, sin embargo, no podemos garantizar el pago de su seguro.

Usted es responsable del pago oportuno de su cuenta. En caso de que sea necesario que usemos una agencia externa para cobrarle el pago, además será responsable de cualquier cargo en el que incurramos como resultado.

### **ACEPTAMOS EFECTIVO, CHEQUES Y LA MAYORÍA DE LAS TARJETAS DE CREDITO PRINCIPAL.**

Gracias por tomarse el tiempo para revisar nuestras políticas. No dude en hacer preguntas o compartir con nosotros inquietudes específicas.

**Nombre del paciente y/o Representante Autorizado:** \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente y/o Representante Autorizado:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_