

DIGESTIVE DISEASE CONSULTANTS
A DIVISION OF ARIZONA DIGESTIVE HEALTH, P.C.
POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. Es nuestro objetivo para proporcionar la atención médica de mayor calidad y reducir el riesgo de confusión o malentendido en el curso de la experiencia del paciente. Hemos adoptado la siguiente política financiera para ser leído y firmado por nuestros pacientes antes del inicio del tratamiento.

Seguro: Como una cortesía a nuestros pacientes, nos presentará sus reclamaciones médicas con planes de seguro con el cual tenemos un acuerdo siempre y cuando nos proporcione información sobre el seguro válido. Es la responsabilidad del paciente para disponer de información precisa y detallada del seguro nos permitirá la tramitación de su reclamo del seguro. El paciente es considerado que auto paga hasta que esta información es proporcionada a nosotros. El paciente es notificar a nuestra oficina con los cambios seguros antes de citas programadas. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Todos los saldos de cuenta son la responsabilidad del paciente y no es la responsabilidad de esta oficina de disputa las decisiones tomadas por su aseguradora. El pago es debido al paciente sobre el recibo de la primera declaración de nuestra oficina. **Si el pago no es recibido dentro de 60 días de la recepción de la declaración inicial, se aplicará un cargo mensual de \$5,00 a la cuenta hasta que se recibe el pago.** El paciente se espera saber sus beneficios del seguro de incluir deducibles y copagos. Los co-pagos y deducibles deben ser pagadas en el momento del servicio. **Si el paciente es incapaz de pagar los copagos en el momento de la cita, se aplicará un recargo de \$5,00 a paciente responsabilidad.** Si no participamos los proveedores con su aseguradora, o si usted no tiene seguro médico, todos los gastos incurridos durante el tratamiento son pagaderos en el momento del servicio.

TODOS LOS CHEQUES DEVUELTOS POR NSF (SIN FONDOS) SERÁ EVALUADO UN RECARGO DE \$50.00.

REFERENCIAS/AUTORIZACIONES: Si una derivación o autorización es necesaria por su aseguradora para obtener los servicios de un proveedor de especialidad, es la responsabilidad del paciente para notificar a su médico de atención primaria para solicitar referidos ni autorizaciones para proporcionarse a nuestra oficina antes de su prevista visita.

CITAS: Si usted es incapaz de mantener su cita programada, es su responsabilidad notificar a nuestra oficina al menos 24 horas antes de su cita programada tiempo de modo que podemos hacer ese momento cita disponible para otro paciente. No hacerlo resultará en un cargo de \$50.00 para el paciente. El paciente será responsable de esta Comisión y no se le cobrará a su compañía de seguros.

SERVICIOS ADICIONALES: Hay un honorario de \$25,00 cargado al paciente que será recogida antes de la finalización de las formas y documentos cuando nuestros médicos solicitan para completar el papeleo para usted (por ejemplo, discapacidad, formas FMLA).

LANZAMIENTO DE LA INFORMACION: Por la presente autorizo digestivas enfermedad consultores, una división de Arizona salud digestiva, para divulgar información a mi compañía de seguros en relación con todo el tratamiento que sea necesario para obtener pago por sus servicios y para revisar la actividad relacionada con la participación del proveedor con mi plan de seguro. Asignar todos los beneficios a los que el paciente o el asegurado tiene derecho para mi tratamiento y servicios médicos prestados a mí a pagarse directamente a la salud digestiva de Arizona, P.C. Acepto la responsabilidad financiera por todos y cargos incurridos por mí que son negados o no cubiertos por mi seguro médico. **Leído y entendido esta política financiera y firmando estoy de acuerdo y acepta todos los términos y condiciones descritas.**

Firma del Paciente o Responsable

Fecha