

CAPE FEAR CENTER FOR DIGESTIVE DISEASES, PA.

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento _____

Política financiera y cesión de beneficios

El objetivo de este documento es brindarle información sobre la política financiera del *Cape Fear Center for Digestive Diseases, PA.* Nuestro compromiso es brindarle el mejor servicio y atención posibles. Por lo tanto, es esencial que comprenda nuestra política financiera en lo que respecta a sus obligaciones financieras.

- Los pacientes con cuya compañía de seguro no tengamos una relación contractual deberán abonar el monto total al recibir el servicio. Sin embargo, como cortesía hacia nuestros pacientes, remitiremos el reclamo a su compañía de seguro. Los reclamos retrasados o no pagados por su compañía de seguro no son responsabilidad de *Cape Fear Center for Digestive Diseases, PA.* Aceptamos efectivo, giro postal o bancario, cheques personales o tarjetas de crédito (MasterCard, Visa) como formas de pago por los servicios brindados. Si algún pago con tarjeta de crédito excediera el monto real, se le reembolsará el excedente a la misma tarjeta. Los créditos de menos de \$25,00 (veinticinco dólares) se reembolsarán a pedido del paciente. De no ser así, se acreditarán para futuros servicios.
- Se podrá aplicar un cargo de \$35.00 (treinta y cinco dólares) a la cuenta por cada cheque devuelto por falta de fondos, suspensión del pago o cierre de la cuenta bancaria.
- Los pacientes con cuya compañía de seguro tengamos una relación contractual deberán abonar todos los montos deducibles, copagos y coseguros al recibir el servicio. Todo servicio que la aseguradora considere como servicio no cubierto, será responsabilidad del paciente, quien deberá abonar el monto total dentro de los 30 días de recibir la factura.
- De haber saldos vencidos, podrán aplicarse cargos adicionales en concepto de cobro de saldos impagos. Asimismo, en caso de incumplimiento de pago o de esta política de pagos, nos reservamos el derecho de remitir la cuenta del paciente a una agencia de cobros.
- Si usted no cancela su cita con al menos 48 horas de anticipación, podrá aplicarse un cargo de \$ 50,00 (cincuenta dólares) a su cuenta dentro de los 10 días posteriores a la fecha de la cita a la que no se presentó. La cancelación de cualquier procedimiento concertado con su médico deberá realizarse 5 días antes de la fecha de la cita. Se aplicará a su cuenta un cargo de \$100 (cien dólares) dentro de los 10 días posteriores a la fecha del procedimiento para el que no se presentó. El cancelar o perder citas en repetidas oportunidades sin notificación previa podría ocasionar que el médico dé de baja al paciente de su consultorio.
- Podrán aplicarse cargos administrativos por la preparación de copias de su expediente médico para otros médicos, compañías de seguro, abogados o entidades que presenten el formulario legal de entrega de información debidamente firmado. Si se solicitara nuestra participación en una declaración jurada o, con autorización pertinente, la presentación de registros médicos ante su compañía de seguro o su abogado, podrán aplicarse cargos por gastos administrativos.
- Es política del Cape Fear Center for Digestive Diseases, PA. el no discutir sobre la información de la cuenta ni del expediente médico del paciente con ninguna persona excepto con el paciente, a menos que éste preste consentimiento previo por escrito.
- Los médicos del Cape Fear Center for Digestive Diseases, PA. son propietarios del Centro de Endoscopia y tienen un interés económico en el mismo.

Acepto eximir eternamente de responsabilidad al Cape Fear Center for Digestive Diseases, PA., a sus médicos y a su personal, por negarse a continuar brindándome servicios si yo no cumpliera este acuerdo financiero. Entiendo que por todo servicio que yo no pague en su totalidad al recibirlo, cedo al Cape Fear Center for Digestive Diseases, PA. los beneficios de su reclamo. Habiendo leído y comprendido toda la información que aparece más arriba, autorizo al Cape Fear Center for Digestive Diseases, PA. a presentar la información pertinente ante mi compañía de seguro para el procesamiento de mi reclamo.

Firma del paciente

Fecha

Firma del Padre/Madre/Tutor (si el paciente fuera un menor)

Fecha