

Samy Metyas MD, Inc

Covina Arthritis Clinic

500 W San Bernardino RD Suite A Covina, Ca 91722

Acuerdo de Política Financiera

Estamos dedicados a brindarle la mejor atención al costo más accesible para usted. Por lo tanto, queremos que comprenda completamente sus políticas financieras y sus responsabilidades.

Aseguranza y Responsabilidades del Paciente

PAGO para servicios de salud se requiere al momento de su visita. El pago incluye cualquier deducible no cubierto, copago, monto del coaseguro o cargos no cubiertos de su compañía de seguros. Aceptamos efectivo, cheque, tarjetas de crédito / débito.

CHEQUE DEVUELTO incurrirá en un cargo adicional de \$25. Se le pedirá que traiga efectivo / giro postal / fondos certificados para cubrir el monto del cheque, más el cargo por servicios para pagar el saldo antes de la próxima visita. Es posible que se requiera un pago anticipado en efectivo para futuras visitas.

COPAGO y DEDUCIBLES debe ser pagado en el momento del servicio. este acuerdo es parte de su contrato con su compañía de seguros, y no se puede renunciar. El fracaso de nuestra parte para recolectar el copago y los deducibles de los pacientes puede considerarse fraude.

ASEGURANZA: Si nuestra oficina participa con su plan de seguro, presentaremos su reclamo de seguro por usted. debido a muchos productos de seguros, nuestro personal no puede garantizar su elegibilidad y cobertura. Si no podemos determinar su cobertura en el momento del servicio, se requiere el pago completo de esa visita hasta que podamos verificar su cobertura. Si su plan de seguro no paga su reclamo en 45 días, el saldo se le cobrará automáticamente a usted.

No todos los planes de seguro cubren todos los servicios. En el caso de que su plan de seguro determine que los servicios no se "cubren", usted será responsable de la totalidad del cargo. Su firma a continuación constituye un acuerdo para pagar por dichos servicios.

Algunos servicios necesitarán una "autorización previa" de su compañía de seguros, y si su compañía de seguros niega la solicitud de autorización, y aun así solicita servicios, USTED será totalmente responsable de los cargos. Se exigirá al paciente de Medicare que firme un "aviso de beneficiario por adelantado" (ABN).

Si nuestra oficina NO participa con una compañía de seguros, presentamos un reclamo por usted; sin embargo, USTED será responsable por el pago, que se adeuda al momento de los servicios. Usted es responsable de pagarnos los servicios prestados porque su plan de seguro le enviará el pago directamente.

DECLARACIONES: Se espera que todos los saldos sean pagados en su totalidad al recibir una declaración de nuestra práctica. El pago no recibido dentro de los 10 días se considera vencido y podría estar sujeto a recargos por mora o multas de intereses.

SALDO PERMANENTE o NO PAGO: Todas las cuentas vencidas se enviarán dos estados. Si el pago no se realiza después de estas dos declaraciones, se realizará una llamada telefónica de cortesía para intentar realizar el pago. Si no se puede llegar a una resolución dentro de los 90 días posteriores a la fecha de envío de la declaración inicial, la cuenta se enviará a una **agencia de cobro, poniendo en peligro su puntaje de crédito, y es posible que se le dé de baja de esta práctica.** Si esto ocurre, se le notificará por correo certificado que tiene 30 días para buscar atención médica alternativa. Tenga en cuenta que, durante ese período de 30 días, nuestra oficina solo podrá atenderlo de forma urgente. **HONORARIOS DE COLECCIÓN:** En caso de que su cuenta se coloque en estado de cobranza, cualquier cargo adicional incurrido debido a esto se agregará a su saldo pendiente.

Esto incluye, entre otros, el recargo por mora, los honorarios de la agencia de cobranza, los costos judiciales, los intereses y las multas. Usted comprende que estas tarifas adicionales serán su responsabilidad personal de pagar en su totalidad.

COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES: NO proporcionamos tratamiento para enfermedades / lesiones relacionadas con el trabajo. Si no revela que su visita está relacionada con el trabajo o si tiene un reclamo de compensación laboral actual o activo, su plan de seguro denegará los reclamos, Y será responsable financieramente de todos los cargos que se le cobren por su visita.

CAMBIOS DE COBERTURA: Si su seguro cambia, avísenos rápidamente para que podamos verificarlo y ayudarlo a recibir sus beneficios máximos. Si no notifica a nuestra oficina acerca de su cobertura de seguro, es posible que los servicios prestados por nuestra oficina NO estén cubiertos y USTED será responsable de pagarle a nuestra oficina.

OTROS SERVICIOS

HONORARIOS: Completar los formularios de seguro, copiar registros médicos, etc. requiere tiempo y tiempo del personal fuera del cuidado del paciente. Por lo tanto, requerimos prepagos para completar formularios, copiar registros o una recomendación escrita adicional de esta oficina. La carga está determinada por la complejidad de la forma.

CANCELACIÓN TARDÍA o DESPEDIDA DE LA CITA: Llegar puntualmente a su cita no es solo una cortesía sino una consideración para esas citas programadas después de las suyas. Si se retrasa, apreciamos su notificación anticipada. Si no cancela su cita **en el alquiler durante las 24 horas hábiles** o si no se presenta, tendremos que pagar una tarifa de \$25 o una tarifa de no presentación (\$75 por una tarifa de no paciente para pacientes nuevos). Esta tarifa no está cubierta por su plan de seguro y es su responsabilidad. **RE-PROGRAMACIÓN EXCESIVA** resultará en restricción de citas o una tarifa para reservar/ reprogramar. La oficina le dará UNA llamada de recordatorio automatizada (o Texto) de su próxima cita en el alquiler con 2 días hábiles de anticipación. Si no podemos comunicarnos con usted, seguirá siendo responsable de este cargo si cancela, reprograma o no se presenta sin previo aviso con 24 horas de anticipación. **Por favor, asegúrese de que su número de teléfono esté siempre actualizado en nuestro sistema.**

REFERENCIAS: Como especialista, algún plan de salud requiere que su Proveedor de Atención Primaria (PCP) envíe a nuestra oficina una Remisión para que lo vean. Si nuestra oficina no tiene un formulario de derivación válido de su PCP, su plan de salud le negará el pago. Si esta oficina le recomienda que consulte a otro especialista, consulte con su PCP para ver qué especialista debe ver.

RECARGAS DE PRESCRIPCIÓN: Las recargas se manejarán de lunes a jueves de 8:30 a.m. a 4:00 p.m. Viernes de 8:30 a.m. a 3:00 p.m. Todos los resurtidos recibidos después del período de tiempo anterior se manejarán el siguiente día hábil. Pídale a su farmacia que ponga su receta en estado de "recarga automática" y se comunicarán con nuestra oficina cuando necesite renovaciones. *Nota: Todos los resurtidos de narcóticos requieren una visita al consultorio, no enviamos recetas a los pacientes.*

Al firmar a continuación, he leído y entiendo la política financiera de la práctica y acepto estar sujeto a estos términos. También entiendo y acepto que dichos términos pueden ser enmendados por la práctica de vez en cuando.

*También doy mi consentimiento para que **Samy Metyas MD, Inc.** divulgue mi información de salud para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica. (El Aviso de Privacidad describe dichos usos y divulgaciones en detalle). Si no firmo este consentimiento, o luego lo revoco, **Samy Metyas MD, Inc.** puede negarse a brindarme tratamiento.*

Firma del Paciente (Nombre Completo)
(O Parte Responsable Si Es Menor)

Fecha