

## Responsabilidad financiera del paciente

Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención médica posible. Si tiene necesidades especiales, estamos aquí para ayudarlo, y le brindamos la siguiente información para evitar cualquier malentendido o desacuerdo con respecto al pago de servicios profesionales.

1. El saldo total adeudado por el paciente debe pagarse en el momento en que se proporcionan los servicios. Para su comodidad, aceptamos efectivo, cheques, Visa, MasterCard, Discover, American Express y Quick Pay.
2. Nuestra oficina participa con una variedad de planes de seguro. Usted es responsable de:
  - Traer su tarjeta de seguro a cada visita.
  - Estar preparado para pagar su copago en cada visita, ya sea en efectivo, cheque o tarjeta de crédito.
  - Para los servicios médicos que no están cubiertos por su seguro, el pago total se debe pagar en el momento de la visita.
  - Usted es responsable de los saldos pendientes adeudados a Covenant Medical Group por los servicios prestados a usted o a cualquier miembro de su familia que esté bajo su responsabilidad.
3. Si tiene un seguro médico con el que nosotros no participamos, nuestra oficina se complace en presentar el reclamo al seguro, si usted lo pide; sin embargo, se requiere el pago total en el momento del servicio (no se aplica ningún descuento cuando se nos solicita que presentemos el reclamo como un servicio de cortesía).
4. Su visita de hoy podría generar cargos adicionales (por ejemplo, análisis adicionales de laboratorio que su médico haya ordenado específicamente para su diagnóstico, lecturas de interpretación de rayos X realizadas por un radiólogo independiente) que serán responsabilidad del paciente.
5. Referencias: Es su responsabilidad traer el comprobante de que ha sido referido a nuestro consultorio para el tratamiento, o presentarlo antes de su visita. Si no tiene el comprobante de referencia, su visita puede ser reprogramada o puede ser financieramente responsable.
6. Si el paciente es menor de edad (18 años o menos), el padre, la madre, o el tutor legal debe firmar a continuación. El padre, la madre o el tutor o el menor no acompañado es responsable de cualquier pago adeudado en el momento del servicio, trayendo los comprobantes de referencias y su tarjeta del seguro.
7. Si tiene alguna pregunta sobre su seguro, estaremos encantados de ayudarlo. Sin embargo, los problemas de cobertura específicos deben dirigirse al departamento de servicios para miembros de su compañía de seguros (el número está en la tarjeta del seguro). Si su compañía de seguros determina que los servicios proporcionados no están cubiertos, la persona responsable tiene que realizar el pago.
8. Si no realiza el pago completo de los servicios, su saldo pendiente se enviará a una agencia de cobranzas que está autorizada para contactarlo usando los números que usted haya proporcionado. Si se niega en forma continua a pagar los servicios prestados, CMG puede optar por dejar de proporcionarle servicios.

En nuestro consultorio, creemos firmemente que una buena relación entre el médico y el paciente se basa en la comprensión y la buena comunicación. Las preguntas sobre los arreglos financieros deben hacerse antes de que se proporcionen los servicios. Firme que ha leído y está de acuerdo con la información financiera mencionada anteriormente, que le asigna a Covenant Medical Group y/o cualquier médico que lo haya tratado, todos los derechos, títulos e intereses sobre cualquier pago adeudado por los servicios proporcionados en la póliza o pólizas de seguro, incluyendo Medicare o Medicaid. Autorizo a cualquiera que tenga información médica u otro tipo de información sobre mí a que comparta con la Administración del Seguro Social o sus intermediarios/compañías de seguros la información necesaria para este reclamo. Autorizo a que se comuniquen conmigo a cualquiera de los números de teléfono que yo haya proporcionado. Estoy de acuerdo en pagar los cargos que sobrepasen el monto pagado por la compañía o compañías de seguros.

---

Firma del paciente o persona responsable

Fecha

---

Firma de la persona que tiene responsabilidad conjunta

Fecha