



**POLIZA FINANCIERA**

Nuestra práctica está dedicada a brindarle la mejor atención posible y queremos que comprenda completamente nuestra Política financiera.

1. El pago de todos los copagos, deducibles y saldos pendientes del paciente deberán reembolsarse al momento del servicio. Aceptamos efectivo, cheques y tarjetas de crédito mas populares. Habrá un cargo mínimo de \$ 25.00 por cada cheque devuelto.
2. Porfavor Tenga en cuenta que su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros.

Somos proveedores participantes aceptamos muchas compañías de seguros y otros planes medicos, y presentaremos un reclamo y aceptaremos la asignación de beneficios sobre estos reclamos. La compañía de seguros pagará directamente a Florida Digestive Health Specialists, LLP (FDHS).

Si no aceptamos su seguro, ya que no somos miembros, usted será responsable de pagar sus cargos en el momento del servicio. Sin embargo, le proporcionaremos un resumen detallado de la cuenta de su visita para que lo envíe a su compañía de seguros. Si su compañía de seguros cubre dichos cargos, entonces la compañía de seguros le pagará directamente.

3. No todas las compañías de seguros cubren todos los servicios. Si su compañía de seguros determina que un servicio “no está cubierto”, usted será responsable por el cargo total. Su pago se deberá hacer tan pronto reciba la cuenta de nuestra oficina.
4. Si proporciona información incorrecta o falsa que resulta en la negación de una reclamación, usted será responsable por los cargos y servicios prestados.
5. Facturaremos a su compañía de seguros por los servicios que le fueron brindados en un hospital. Si su compañía de seguros no paga, usted es responsable por el balance pendiente.
6. Si el abajo firmante no paga los servicios prestados y requerimos contratar una agencia de cobros, el firmante acepta ser responsable de todos los costos de la agencia de cobro, incluyendo, pero no limitado, a todas aquellas tarifas o cobros agregados por un tercero a el saldo pendiente o referido.
7. Si no puede asistir a su cita por cualquier motivo, requerimos un aviso de 24 horas de antelación de las visitas medicas. Si no cumple con el aviso requerido, se le cobrará a su cuenta \$ 25.00 por no presentarse. Si no proporciona un aviso de 24 horas de antelación cancelando una cita de ultrasonido, se le cobrará a su cuenta \$ 50.00 por no presentarse. Si no cancela con 72 horas de antelación su (s) procedimiento (s), se le cobrará \$ 75.00 por no presentarse.
8. Si el paciente o agente responsable no paga los servicios prestados según las normas establecidas, dicha falta dará lugar a que FDHS termine su relación de proveedor con el paciente / abajo firmante, de acuerdo con las leyes. Todos los saldos pendientes por los servicios prestados se remitirán a una agencia de cobro.

He Leído y entiendo la poliza financiera de FDHS, I acepto regirme por sus normas. También entiendo y acepto que FDHS tiene el derecho de modificar dichas normas en culaquier momento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente (o Agente Responsable)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre del Paciente en letra de Imprenta

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre del Agente Responsable (si Diferente del Paciente)

\_\_\_\_\_  
Testigo