



## **DECLARACION POLITICA FINANCIERA**

---

Las políticas enumeradas en este documento han sido aprobadas por la gerencia con el objetivo de brindar la mejor atención y servicios a nuestros pacientes. La atención brindada por esta oficina se administrará independientemente de la raza, el color, la condición social, la nacionalidad, la discapacidad o el género.

Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención posible. Para lograr esto, necesitamos su ayuda para leer y comprender la responsabilidad financiera y nuestra política de pago.

### **RESPONSABILIDAD DE LA FACTURA**

Es la expectativa que todos los pacientes/garantes que reciben servicios sean económicamente responsables por el pago oportuno de los cargos incurridos. Si bien la oficina presentará reclamos al seguro verificado para el pago de la(s) factura(s) como una cortesía para el paciente, el paciente/garante es el responsable final del pago y acepta pagar la(s) cuenta(s) de acuerdo con las tarifas y términos regulares de la práctica vigentes a la fecha.

### **COBROS**

El pago del servicio vence en el momento en que se presta el servicio y los servicios que no son de emergencia pueden rechazarse hasta que se hayan realizado los arreglos de pago necesarios.

Se aceptarán pagos con cheques y principales tarjetas de crédito/débito. Si su cheque es rechazado o devuelto por cualquier motivo, cargaremos electrónicamente a su cuenta el monto del cheque más una tarifa de procesamiento de **\$50.00**.

Los pacientes que pagan de su bolsillo por los servicios prestados se consideran pagos propios. El pago vence en el momento del servicio, **\$150.00** para la consulta inicial y **\$120.00** para las consultas de seguimiento; cualquier pago de servicio adicional se determinará en el momento de su visita.

La práctica presentará a su seguro medico la factura de cobro correspondiente a su visita, en su nombre.

### **ARREGLOS DE PAGO**

La práctica hará un esfuerzo razonable para ayudar a los pacientes a cumplir con sus obligaciones financieras. Los arreglos financieros para los pagos se realizan a discreción de la oficina, según el monto de la responsabilidad del paciente y la capacidad de pago del paciente según la solicitud de crédito diligenciada.

### **ACEPTACIÓN DEL SEGURO**

La práctica aceptará la "Asignación de beneficios" en pólizas de seguro verificadas y enviará una factura al proveedor en nombre del paciente. Se entiende que el seguro se presenta como una cortesía para el paciente

y no exime al paciente de la responsabilidad financiera. Las reclamaciones presentadas se retendrán 45 días hasta que se pague. El paciente/garante será responsable del pago total de todas las reclamaciones no pagadas dentro del período de tiempo permitido.

#### LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

Al firmar nuestro formulario de divulgación de información, nos otorga la autoridad para divulgar la información que sea necesaria para coleccionar de las compañías de seguros y otros terceros pagadores.

#### POLITICA DE NO SHOW

La práctica **cargará** a su cuenta el valor de **\$50 por cada NO SHOW** y se rehusará agendar citas futuras para los pacientes que no lleguen a la hora y día de su cita por segunda vez (sin ningun tipo de notificación). Esta política no es negociable y se establece por la dedicación y tiempo que damos a pacientes en necesidad de cuidado medico.

#### MEDICAL RECORDS FEE

*Florida Statutes 395.3025: Exclusive charge for copies may include sales tax and actual postage. Non-paper records not to exceed \$2.00 per page. Paper records not to exceed \$1.00 per page. A fee of up to \$1.00 may be charged for each year of records requested.*

Nuestra práctica cobrará un fee de **\$1 por cada página impresa** de historias clínicas, resultados de laboratorio o de imágenes diagnósticas que el paciente solicite; y estará disponible para ser recogido en nuestra oficina dentro de las siguientes 48 horas a la solicitud.

#### DEUDAS INCOBRABLES/ACCIONES LEGALES

Si la cuenta no se paga en su totalidad o no se realizan arreglos satisfactorios dentro del plazo permitido, la práctica se reserva el derecho de referir la cuenta a un abogado y/o a una agencia de cobro para el cobro del saldo.

Acepto asumir la responsabilidad de todos los cargos incurridos en caso de que sea necesario cobrar este saldo, incluidos los costos judiciales y los honorarios del abogado.

El personal administrativo y de gestión está abierto a la oportunidad de discutir cualquier aspecto de la política financiera. Agradecemos su confianza y nos esforzamos por brindar atención médica de calidad.

**He leído la *Declaración de Política Financiera* y comprendo lo anterior.**

\_\_\_\_\_  
Paciente/Garante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha