



## **Política financiera**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Como paciente de la **Clínica de Oído, Nariz y Garganta de Grand Island**, debe firmar un formulario de responsabilidad financiera y autorización para el tratamiento que será una parte permanente de su archivo.

**Seguro:** Nuestra oficina acepta la mayoría de los seguros y presentaremos un reclamo a su compañía de seguros en su nombre. Es posible que algunos servicios no estén cubiertos y usted será responsable del 100% de esos cargos. Si decide ver a uno de nuestros médicos que no participa en su plan de seguro, usted será responsable de todas las tarifas y cargos. **\*Estamos fuera de la red con algunos planes de seguro, incluidos, entre otros:** Ambetter, Medica Elevate & Inspire, BCBS Premier Select Blue Choice & Preferred Care Blue, UHC Exchange Benefit Plan & Optimum Choice, y planes Aetna. **EN ÚLTIMA instancia, es responsabilidad del paciente verificar si nuestros médicos están en red con su compañía de seguros.**

**Referencias:** Si su compañía de seguros requiere una referencia de su médico de atención primaria, es su responsabilidad obtener la referencia antes de su cita y tener esos documentos con usted en el momento de su cita.

**Compensación laboral:** Tenga a mano información sobre lesiones / accidentes en su cita, como la fecha de la lesión, el número de reclamo, la dirección de la compañía de seguros, el número de teléfono y la persona de contacto. Los pacientes serán financieramente responsables de los servicios relacionados con accidentes / compensación laboral si no se recibe la documentación adecuada y / o se niega el reclamo.

**Copagos:** Su seguro REQUIERE que cobremos su copago designado **en el momento del servicio**. Esté preparado para pagar el copago en el momento de cada visita.

**Cancelaciones:** Para garantizar una programación eficiente y el respeto por todos los pacientes, le pedimos que llame para cancelar o reprogramar su cita si no puede asistir. Si no se notifica, se cobrarán las siguientes tarifas:

**\* Primera ocurrencia: cargo de \$ 30.00 \* Segunda ocurrencia: cargo de \$ 50 \* Una tercera ocurrencia puede resultar en la terminación de la atención en nuestra clínica.** (Si cree que tiene una emergencia o circunstancia atenuante, comuníquese con nosotros para discutirlo)

**Gastos quirúrgicos estimados:** Si necesita cirugía, usted es responsable de todos los honorarios incurridos. Estas tarifas pueden incluir coseguro, deducibles y cualquier gasto de bolsillo por los honorarios de nuestro cirujano, de los cuales su compañía de seguros lo hace responsable. Antes de su cirugía, es posible que deba realizar un depósito y el saldo de su cuenta anterior debe estar al día. **Las cancelaciones de cirugías o las solicitudes de reprogramación realizadas con menos de 48 horas de anticipación incurrirán en una tarifa de \$ 150.**

**Saldos pendientes:** Después de que las reclamaciones se hayan procesado con la compañía de seguros, cualquier saldo restante adeudado es responsabilidad del paciente. Si no puede pagar su saldo en su totalidad, comuníquese con nuestra oficina (308-384-5700 opt 3) para concertar un plan de pago. Nuestra oficina no aplica intereses ni cargos por pagos atrasados a los saldos pendientes. Sin embargo, pedimos que todas las cuentas se paguen en su totalidad dentro de los dos años posteriores a nuestra aceptación del pago del seguro o el procesamiento de reclamos.

Calendario de pagos sugerido: \$0.00-500.00	Pagado en 6 meses
\$500.00-1500	Pagado en 12 meses
\$1500-2500	Pagado en 18 meses
\$2500 y más	Pagado en 24 meses

**Formas de pago:** Aceptamos efectivo, cheques, Visa, MasterCard, American Express y Discover. Se cobrará una tarifa de \$35.00 por cheque devuelto de su banco por falta de pago o fondos insuficientes en la cuenta del paciente. **NO PARTICIPAMOS CON CARE CREDIT.**

**Firma del paciente/parte responsable:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre impreso:** \_\_\_\_\_ **Relación con el paciente:** \_\_\_\_\_