



Acuerdo de Responsabilidad Financiera del Paciente

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Cuenta #: _____

Nosotros en Integrated Medical Services, Inc. ("IMS") estamos comprometidos a proporcionar una atención y un servicio de calidad a todos nuestros pacientes. Su comprensión de nuestras políticas financieras es importante para nuestra relación profesional. Por favor tome un momento para leer este documento para comprender plenamente su responsabilidad como paciente y firmar y fechar la parte inferior.

Información sobre el seguro: Usted es responsable de asegurarse de que tenemos en archivo toda la información del seguro actualizada, incluyendo tarjetas de seguro actuales. Si no se proporciona esta información de manera oportuna puede dar lugar a los cargos que se facturan a usted. Le pedimos actualizar y verificar su registro en cada visita.

Deducible del seguro, copagos y coseguro: Si usted no ha cumplido con el deducible de su plan de salud en la fecha de servicio, vamos a recoger una cantidad estimada para su deducible antes que lo atiendan. Tenga en cuenta que puede recibir una factura por cargos adicionales por los servicios prestados. Usted es responsable de cualquier co-pagos y co-seguros requeridos por su compañía de seguros en el momento del servicio. Los pagos recibidos en exceso de los cargos pueden ser aplicadas a los servicios subsiguientes.

Servicios no cubiertos: Haremos nuestro mejor esfuerzo para verificar la cobertura hasta que lo atiendan, pero en última instancia es su responsabilidad de garantizar el pago de su factura. Cualquier servicio que brindan nuestros proveedores que no está cubierto por su seguro es su responsabilidad. Es su responsabilidad conocer sus beneficios antes de ser visto. La verificación de las prestaciones y la cobertura del seguro no es una garantía de pago.

Referencias: Vamos a hacer todo lo posible para asegurar que tenemos en archivo una referencia válida para los servicios. Sin embargo, si su póliza de seguro requiere una referencia, usted es responsable de asegurarse de que hay una referencia válida y actual en el archivo antes de ser visto.

Pago por cuenta propia: Si usted no tiene seguro de salud, están en un plan que no tenemos contrato, o si no podemos verificar su cobertura en el momento del servicio, nosotros obtenemos un pago estimado antes que lo atiendan un proveedor. Puede haber cargos adicionales dependiendo de los servicios efectivamente prestados por los que puede recibir una factura.

Cheques devueltos: se cobra una tarifa de \$ 25.00 para los cheques devueltos.

Política de No Arribo: Si usted no puede asistir a su cita, los pedimos que cancelar su cita por lo menos 24 horas antes de que se pueden ver en nuestra oficina. Si no se cancela una cita de manera oportuna resultará en un cargo de No Arribo de \$ 25.00. Múltiples *No Arribo* pueden dar lugar a que el paciente sea despedido de IMS.

Menores: Para todos los servicios prestados a pacientes menores de edad, el padre, tutor o responsable que lleva al paciente a la cita es responsable de todos los pagos en el momento del servicio.

Cuentas morosas: Cargos adicionales, incluyendo los honorarios de recolección y cargos financieros, pueden ser añadidos a las cuentas atrasadas pendientes de pago. Tarifas de \$5 se acumulará cada vez que se genera un nuevo estado de cuenta después de que el primer estado de cuenta sea enviado y no se hayan efectuado ningún pago o solo un pago parcial. Su cuenta puede ser enviada a una agencia de cobro si el saldo tiene más de 90 días y no se hayan efectuado ningún pago o solo un pago parcial.

Contacto: Si usted tiene alguna pregunta con respecto a su cuenta, por favor póngase en contacto con la oficina de facturación IMS al (602) 633-3838

He leído las políticas financieras de IMS arriba descritas y acepto estar obligado por sus términos. También entiendo que IMS tiene el derecho de modificar estas políticas en cualquier momento.

Firma del Paciente o Parte Responsable: _____ Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____

Nombre de la Parte Responsable: _____ Relación con el Paciente: _____

Teléfono de la Parte Responsable: _____