

## Política de Crédito y Pagos:

Nuestro objetivo es ofrecerle la mejor atención médica posible. Parte de su atención incluye la facturación del seguro que proporciona; Hemos recibido la información correcta y completa de su parte. Si no se proporciona la información completa en el momento de su visita, se le facturará. Por favor, revise nuestras políticas actualizadas de la oficina respecto a nombramientos y responsabilidades financieras:

1. **Requisitos del paciente:** Se espera que todos los pacientes presenten una tarjeta de seguro vigente y un documento de identidad con foto válido en el momento del servicio. El pago de copagos, coseguros y cualquier saldo pendiente es necesario en el check-in.
2. **Copagos:** Tanto los copagos del seguro principal como secundario deben pagarse en el momento del check-in.
3. **Cobros y saldos:** Optimum Point of Care no permite que los pacientes lleven saldos pendientes. Los pacientes con saldos no resueltos pueden ser enviados a cobros y recibir una cuota adicional del 35% de cobro. Todos los saldos deben resolverse antes de programar futuras citas. No abordar estos saldos puede resultar en la destitución de la práctica.
4. **Penalizaciones por no presentarse:** Las cancelaciones deben realizarse con al menos 48 horas de antelación. No cancelar dentro de este plazo supondrá una tarifa de \$ 50,00 por citas medicas y \$ 75,00 por estudios diagnósticos (como ecocardiogramas o ecografías generales).
- 5.

**Tenga en cuenta que las llamadas de confirmación son una cortesía proporcionada por esta oficina y no una obligación. Por lo tanto, la falta de una llamada de confirmación no se considerará un motivo válido para eximir una comisión por no presentarse.**

### Asignaciones y liberaciones:

He leído, comprendido y acepto la Política Financiera mencionada anteriormente. Entiendo que los cargos que no cubre mi compañía de seguros, así como los copagos y franquicias aplicables, son mi responsabilidad. También acepto contactar con mi(s) aseguradora(s) si no responden a las solicitudes de pago hechas en mi nombre.

**Paciente / Persona responsable Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Entiendo y estoy de acuerdo en que soy personalmente responsable de todos los gastos incurridos, independientemente de mi cobertura de seguro. En caso de que mi cuenta sea remitida a una agencia de cobro, acepto que cualquier comisión adicional al saldo debería. El pago por los servicios prestados o que se prestarán en el futuro está garantizado de forma irrevocable e incondicional por el Aval, cuya firma aparece a continuación junto con los intereses sobre los mismos y todos los cargos por retraso, cargos, costes y gastos de cobro incurridos en la ejecución de cualquiera de dichas obligaciones.

**Paciente / Persona responsable Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

.....

### Solo uso en oficina:

Número de cuenta: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_