



Where Your Healing Begins

PAYMENT POLICY / POLÍTICA DE PAGO

Los beneficios de atención médica y las opciones de cobertura pueden resultar muy confusos. Lea atentamente la siguiente política de pago para ayudarlo a comprender sus responsabilidades financieras. Consúltanos cualquier duda que tengas antes de firmarlo y no dudes en solicitar una copia.

SEGURO: Participamos en la mayoría de los planes de seguro, incluidos Medicare y Medicaid. Si no está asegurado por un plan con el que hacemos negocios y/o es un paciente que paga por su cuenta, se requiere el pago completo, antes de que se presten los servicios, en cada visita, a menos que la familia califique para un descuento en la tarifa variable. Si está asegurado por un plan con el que hacemos negocios pero no tiene una tarjeta de seguro actualizada y no podemos verificar su cobertura de seguro, se requerirá el pago, antes de que se presten los servicios, en cada visita hasta que podamos verificar su cobertura de seguro a menos que la familia califique para un descuento en la tarifa móvil.

Si está asegurado, no tiene seguro o tiene un seguro insuficiente, es posible que se le desconte la tarifa de la visita según una escala móvil de tarifas basada en los ingresos y la composición de la familia de acuerdo con las pautas federales. Nuestro personal lo ayudará a determinar si califica para un descuento; si lo haces, también te ayudarán con la solicitud.

Comuníquese con su compañía de seguros si tiene alguna pregunta sobre su cobertura de seguro porque el conocimiento de los beneficios de su seguro y la red de proveedores de seguros es su responsabilidad.

COPAGOS Y DEDUCIBLES: Todos los copagos y deducibles deben pagarse antes de que se presten los servicios, en cada visita al consultorio, a menos que la familia califique para un descuento en la tarifa móvil. Este acuerdo es parte del contrato que tienes con tu compañía de seguros y por ley debemos cumplirlo.

SERVICIOS NO CUBIERTOS: Es posible que su seguro no cubra algunos servicios que recomienda su proveedor. Cualquier servicio no cubierto por su plan es su responsabilidad y debe pagarse en su totalidad en el momento del servicio, a menos que la familia califique para un descuento en la tarifa móvil.

COMPROBANTE DE SEGURO: Debe proporcionarnos un comprobante actual y válido de su cobertura de seguro al momento de su visita. Si no nos proporciona un comprobante de seguro actual y válido, será responsable del saldo de su(s) reclamo(s) de seguro.

PRESENTACIÓN DE RECLAMOS: Presentaremos su(s) reclamo(s) de seguro y lo ayudaremos razonablemente, si es necesario, a pagar su(s) reclamo(s) de seguro. Es su responsabilidad proporcionarle a su compañía de seguros cualquier información adicional que solicite y que pueda ayudar a procesar su reclamo. Tenga en cuenta que el saldo de su(s) reclamo(s) es su responsabilidad, ya sea que su compañía de seguros pague o no por su(s) reclamo(s), a menos que la familia califique para un descuento de tarifa móvil.

CAMBIOS DE COBERTURA: Si su seguro cambia, notifíquenos antes de su próxima visita para que podamos asegurarnos de facturar al seguro apropiado y que usted reciba los máximos beneficios que ofrece su seguro.

FALTA DE PAGO: Si su cuenta tiene más de 90 días de atraso, le enviaremos una carta de cortesía solicitándole que se comunique con nosotros con respecto al pago de su cuenta. Se aceptarán pagos parciales previa autorización. Si su saldo permanece impago, podemos remitir su cuenta a cobro.

SIN SEGURO O SUBASEGURADO: Si no tiene ningún seguro o seguro limitado y no puede pagar el monto total adeudado por la atención médica, puede calificar para un programa de descuento de tarifa móvil ofrecido por nuestra organización. Este programa está diseñado para brindar atención gratuita o con descuento a quienes no tienen medios o tienen medios limitados para pagar sus servicios médicos. Consulte a uno de los miembros de nuestro personal para obtener más información y ver cómo puede calificar para este programa.

He leído la política de pago, hice preguntas y/o expresé mis inquietudes, y ahora entiendo y acepto cumplir con sus pautas.

Date: ____ / ____ / ____

Nombre del paciente/parte responsable (en letra de imprenta): _____

Patient / Responsible Party Signature: _____

	Phone Number	Address	Business Hours
Livingston	936-327-1055	309 Hwy 59 S Loop	Monday - Friday: 8.00 AM - 5.00 PM
Cleveland	281-592-9775	108 S William Barnett Ave	Saturday - Sunday: Closed