

POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegir MD West ONE usted. La siguiente es una declaración de nuestra política financiera. Todos los pacientes deben aceptar las normas de la política financiera antes de recibir tratamiento. Por favor entienda que el pago total de la factura se considera una parte de nuestro tratamiento.

RESPECTO A SU SEGURO: Como una cortesía a usted, vamos a presentar reclamaciones médicas a su compañía de seguros. **Cualquier saldo tras la transformación de nuestro reclamo por su portador es su responsabilidad.** Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. **Usted es responsable de verificar si los proveedores están en la red con su compañía de seguros.** No podemos facturar a su compañía de seguros a menos que usted nos proporcione su información completa de seguro para el seguro comercial, Medicare y Nebraska y Iowa Medicaid. Es su responsabilidad conocer sus beneficios de seguro; puede no cubrir la totalidad de los servicios prestados a usted.

CUANDO LA CIRUGÍA SE RECOMIENDA: Usted será contactado por nuestro consultor financiero para discutir el posible costo de su bolsillo, si usted tiene un deducible alto o si su seguro está fuera de la red, que le ayudará a hacer los arreglos de pago necesarios. Visitas postoperatorias serán sin costo alguno para usted dentro de los primeros 90 días. Después de los primeros 90 días, usted será responsable de co-pago, co-seguro o deducible si procede.

PACIENTES AUTO-PAGO: Se **requieren \$50 pago inicial en el momento de la programación y un adicional de \$200 en el momento del servicio (\$50 para programar el seguimiento, y un adicional de \$75 en el momento del servicio)** Disposiciones financieras tendrán que hacerse antes de otros servicios prestados, incluyendo los procedimientos quirúrgicos. La falta de pago de esto dará lugar a la cancelación de su cita.

COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES: Todos los trabajadores visitas de descarga **deben estar autorizados antes de su visita,** si esto no se hace, **su cita será cancelada.** Usted debe informarnos información que el Partya responsables, incluyendo su nombre, dirección, número de teléfono, número de reclamo y fecha de la lesión. Si esta información no se proporciona en el momento del servicio, usted es responsable de este balance, que se espera a pagar dentro de 30 días para evitar una mayor actividad de recolección.

LESIONES: Se requiere **\$250 de pago inicial en la consulta inicial.** Si se sugiere la cirugía, se requiere el pago en su totalidad antes del procedimiento, a menos que se hayan hecho otros arreglos antes de su visita aquí. **No facturamos abogados.**

FORMA DE PAGO: Aceptamos efectivo, cheque, Visa y MasterCard. Los planes de pago pueden estar dispuestos de manera individual con el departamento de facturación en nuestra **oficina. Todos los co-pagos son debidos antes del tratamiento.** Nos reservamos el derecho de cancelar su cita si su co-pago no se paga en el momento del servicio.

COLECCIONES: Nos reservamos el derecho a su cuenta a una agencia de cobro si se determina que es incobrable. Un cargo administrativo de \$10.00 será aplicado a su cuenta si es entregado a las colecciones.

He leído, entiendo, y estoy de acuerdo con la política financiera anterior al pago de honorarios profesionales. Yo entiendo que el paciente es en última instancia responsable de todos los honorarios profesionales.

DEFINICIONES están **definidas por el Plan de Salud y la responsabilidad financiera del paciente o garante.**

- **COPAGO:** Una cantidad fija establecida por el contrato de seguro que debe ser pagado en el momento de una visita al consultorio.
- **DEDUCIBLE:** Una cantidad de dinero anual establecido por su plan de seguro que se deduce de la prestación del seguro.
- **COASEGURO:** Un porcentaje establecido por su plan de seguro que se deduce de seguro. Por lo general, 10% -30%.