

### POLIZA FINANCIERA

**Nuestra práctica se esfuerza por brindar una atención óptima y queremos asegurarnos de que comprenda completamente nuestra Política financiera.**

1. El pago de todos los copagos, deducibles y saldos pendientes del paciente deberán reembolsarse al momento del servicio. Aceptamos efectivo, cheques y tarjetas de crédito mas populares. Habrá un cargo mínimo de \$ 25.00 por cada cheque devuelto.
2. Tenga en cuenta que su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros.
  - a. Nuestros proveedores participan con muchas compañías de seguros y otros planes de salud. Nuestro departamento de facturación presenta los reclamos y acepta la asignación de beneficios sobre estos reclamos. La compañía de seguros paga a Florida Digestive Health Specialists, LLP (FDHS) directamente por todos los reclamos presentados por nuestro servicio de facturación.
  - b. Si no aceptamos su seguro, ya que no somos miembros, usted será responsable de pagar sus cargos en el momento del servicio. Sin embargo, le proporcionaremos un resumen detallado de la cuenta de su visita para que lo envíe a su compañía de seguros. Si su compañía de seguros cubre dichos cargos, entonces la compañía de seguros le pagará directamente.
3. No todas las compañías de seguros cubren todos los servicios. Si su compañía de seguros determina que un servicio "no está cubierto", usted será responsable por el cargo total. Su pago se deberá hacer tan pronto reciba la cuenta de nuestra oficina.
4. Si proporciona información incorrecta o falsa que resulta en la negación de una reclamación, usted será responsable por los cargos y servicios prestados.
5. Facturaremos a su compañía de seguros por los servicios que le fueron brindados en un hospital. Si su compañía de seguros no paga, usted es responsable por el balance pendiente.
6. Si el abajo firmante no paga los servicios prestados y requerimos contratar una agencia de cobros, el firmante acepta ser responsable de todos los costos de la agencia de cobro, incluyendo, pero no limitado, a todas aquellas tarifas o cobros agregados por un tercero a el saldo pendiente o referido.
7. Requerimos un aviso de 24 horas para las visitas al consultorio si no puede asistir a su cita por algún motivo. Si no proporciona el aviso requerido, se le cobrará a su cuenta un cargo por no presentarse de \$50.00. Si no avisa con 72 horas de anticipación que cancelará su(s) procedimiento(s), se le cobrará una tarifa por no presentarse de \$75.00.
8. Si el paciente o la parte responsable no paga los servicios prestados según las prácticas estándar, dicha falta de pago resultará en que el proveedor del paciente/suscrito y todos los proveedores de FDHS terminen su relación de proveedor con el paciente/suscrito de acuerdo con la ley aplicable. Cualquier saldo pendiente por los servicios prestados se enviará a una agencia de cobranza.

**He Leído y entiendo la poliza financiera de FDHS, I acepto regirme por sus normas. También entiendo y acepto que FDHS tiene el derecho de modificar dichas normas en culaquier momento.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente (o Agente Responsable)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre del Paciente en letra de Imprenta

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre del Agente Responsable (si Diferente del Paciente)