

Póliza Financiera de 8-2-8 Urgent Care

Gracias por elegir 8-2-8 Urgent Care, en un esfuerzo por proporcionar excelente atención médica, nos gustaría que tomara un momento y revise nuestra póliza financiera. Después de haber leído nuestra póliza por favor firme este documento. Si usted tiene alguna pregunta, por favor no dude en preguntar a nuestro personal. Una copia de estas pólizas financieras será proporcionada a petición de usted.

Pagos requeridos al tiempo del servicio:A continuación, se muestra una lista de los pagos que se deben a la hora de servicio. Se aceptan tarjetas de débito y de crédito y también efectivo.

- ❖ Todos los copagos, deducibles, y cargos por servicio deben ser pagados al momento del servicio.
- ❖ Copagos: Su compañía de seguros nos obliga a cobrar/colectar los copagos en el momento del servicio.
- ❖ Deducibles: Si su seguro requiere que usted cumpla con un deducible antes de que los servicios sean cubiertos, se le cobrará una porción en ese momento. Un pago mínimo de \$45.00 será colectado a la hora de servicio. Tenga en cuenta que el pago de \$45.00 no constituye el pago total y el saldo adicional será cargado a su cuenta.

Verificación de Beneficios:Hacemos todo lo posible para verificar sus beneficios de seguro en el momento de su visita, sin embargo, hay momentos en que la verificación no será posible. Vamos a otorgar a la compañía de seguros toda la información necesaria para procesar su reclamo; Sin embargo, si por cualquier motivo la factura no es pagada por su compañía de seguros, usted será responsable por la cantidad debida. Si usted es un paciente nuevo y no podemos verificar el seguro, nuestra póliza es registrarlo como un paciente de auto-pago hasta que podamos establecer la cobertura.

- ❖ Por favor traiga su tarjeta(s) de seguro e identificación con foto válida con usted cada visita.
- ❖ Es su responsabilidad notificarnos de cambios de seguridad.

Por favor, tenga en cuenta que su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros.

Factures sometidas a la seguridad:Debemos tener una copia de su tarjeta de seguro más reciente(s) y cualquier seguro secundario o tarjeta suplementaria(s) que pueda tener con el fin correctamente mandar a la compañía de seguros. Vamos ayudarle en todo lo que razonablemente podamos para conseguir que sus reclamos sean pagados. Esperamos que el pago de su póliza de seguros sea dentro de 30-45 días. Después de 45 días, el pago en su totalidad es responsabilidad de usted. Usted será responsable de todos los servicios que no sean cubiertos. Su compañía de seguros puede requerir que presente cierta información a ellos directamente (esto incluye cuestionarios de accidentes, la coordinación de beneficios, etc.) y es su responsabilidad cumplir con la petición.

Pago en Efectivo (Self-Pay):Este es un precio reducido de la cuota que normalmente se cobra a las seguranzas. Las cuentas de Pago en Efectivo se dan por las razones siguientes:

- ❖ El paciente no tiene seguro de salud
- ❖ El paciente está cubierto por un plan de seguro que no aceptamos o con cual no estamos contratados.
- ❖ No se pudo verificar los beneficios

Facturas del Laboratorio:Todos los procedimientos de laboratorio que son ordenados durante la visita de hoy serán facturados a usted directamente por el laboratorio. Por favor, póngase en contacto con el laboratorio directamente para cualquier pregunta relacionada con su factura de laboratorio.

Medi-Cal:No aceptamos ni estamos contratados con Medi-Cal. Si usted tiene un plan de Medi-Medi, tiene un seguro primario de Medi-Cal o tiene seguro secundario/complementaria a través de Medi-Cal, no será cubierto y el saldo será responsabilidad del paciente. No cobramos a Medi-Cal por ningún motivo.

California California:No se aceptan los planes o planes que imiten a planes de Covered California. Es su responsabilidad de entender su cobertura y su plan de seguros.

Divorcio y Casos de Custodia:El pariente que lleva al niño(a) a nuestra oficina es responsable del pago de los servicios sin importar si la cuenta es Pago en Efectivo o por póliza de seguros. Nuestra oficina no honora documentos específicos de divorcio (por ejemplo, porcentaje de responsabilidad financiera).

He leído, entendido y acepto la Póliza Financiera. Estoy de acuerdo en cumplir con las prácticas de 8-2-8 Urgente y entiendo que los cargos que no sean cubiertos por mi compañía de seguros, así como los copagos aplicables, co-seguro y deducibles son mi responsabilidad.

Nombre del paciente o la persona responsable

Firma del paciente o la persona responsable

Fecha