

# Gastroenterology Associates of SW Florida-Financial Policy

Este formulario esta puesto en general como poliza financiera de Gastroenterologos Asociados del Sur de la Florida,P.A. Por favor de repasar, leer y firmar donde le es indicado.

El paciente es responsable de proveer al personal de la oficina de Gastroenterology Associates of S.W. Florida, P.A. Con la información de facturación / seguro actual y exacta en el momento del check in y para notificar a Gastroenterology Associates of S.W. Florida, P.A. De cualquier cambio en esta información. Cualquier paciente con un plan de seguro comercial o un Plan de Reemplazo de Medicare y Medicaid o un HMO de Medicaid como un plan secundario debe ser consciente de que no contamos a Medicaid oa una HMO de Medicaid como un pagador secundario y el paciente será responsable de copagos / Deducibles / coseguros o cualquier saldo restante debido.

El pago de especialista (que puede ser diferente al de mi doctor primario) es requerido en el momento de mi visita y tendre que pagarlo como acordado en mi poliza. Yo entiendo y estoy de acuerdo con mi plan medico al igual que con los requicitos de Gastroenterologos Asociados del Sur de la Florida P.A. Yo entiendo que si no pago los co- pagos de mi poliza de seguro medico que son requeridos mi doctor tiene que reportarles a mi compania de seguro medico.

No habrá reembolsos paciente emitidos hasta que TODOS los reclamos han sido procesados por su compañía de seguros y hasta que seamos capaces de conciliar su cuenta (s) con el centro de la oficina y la cirugía para determinar ninguna responsabilidad más paciente permanece.

Participamos en la Parte B de Medicare y vamos a facturar a Medicare por servicios en su nombre. Medicare tiene un deducible anual que deben cumplirse. Usted es responsable de su deducible anual de Medicare (que puede cambiar de año en año). Usted es responsable de todos los servicios que Medicare no cubre. De vez en cuando, Medicare puede indicar que la cobertura de procedimiento específico, servicio o tratamiento no puede ser cubierto. En esos casos, le pediremos que firme un ABN (Aviso al Beneficiario Avanzado) indica que entiende que el servicio no puede ser cubierta, pero desea tener el procedimiento, servicio o tratamiento y asumir la responsabilidad de pago si Medicare niega la reclamación.

Associates Gastroenterología de S.W. Florida, PA no está afiliada, y no tenemos ningún contrato con, portadores de compensación de cualquier trabajador. Los pacientes tendrán que ponerse en contacto con la compensación de trabajadores para que el trabajador determine quiénes son sus proveedores que cubran su tratamiento.

Associates Gastroenterología de S.W. Florida, PA no presenta facturas por reclamaciones de vehículos de motor o de lesiones personales, ni aceptar cartas de protección de un abogado. Los pacientes son responsables por el pago completo en el momento del servicio. Los pacientes deben presentar las facturas a su compañía de seguros.

Hay una tarifa de \$ 15 Declaración que se cobrará a mi cuenta si yo no pago mi co-pago en el día de la visita.

Habrá un cargo por fondos insuficientes de \$ 25 dólares con cargo a mi cuenta si una insuficiencia de fondos cheque se da para el pago. Además, entiendo que para rectificar mi cuenta, me exigirá pagar con dinero en efectivo, giro postal, cheque de caja, o tarjeta de crédito.

Hay un cobro de \$ 75 si no avisa con dos días hábiles de anticipación cuando no se presenta, cancela o reprograma los procedimientos de endoscopia.

Solicitud de registros médicos se hacen atraves de una tercera empresa "Bactes". Hay una tarifa de \$ 1 por página, más gastos de envío y de manejo. Un comunicado de registros médicos debidamente firmada se requiere con el fin de obtener la copia de su historia clínica. Si usted tiene alguna pregunta sobre su solicitud Bactes llamar al 1-866-602-5677 o [www.bactes.com](http://www.bactes.com).

Yo comprendo que me manden un notificacion del balance de mi cuenta (como co-pagos / co-seguros y deductibles). Se que tengo la responsabilidad financiera de pagar. Yo comprendo que me manden notificacion de mi cuenta por algun balance no pagado por mi seguro. Yo entiendo que si estoy teniendo problemas para cumplir con mis obligaciones financieras debería ponerme en contacto con la oficina de negocios inmediatamente. Yo también entiendo que si no hago un pago a la tercera notificación " Notificación Final" mi cuenta sera procesada por una agencia de colecciones y entiendo que sere responsable por los intereses y costos de un abogado.

Autorizo Gastroenterology Associates de S.W. Florida, P. A. para actuar como mi representante a propósito de una reclamación a mi plan de seguros para el pago de reclamaciones y de autorización de los servicios; y dar a conocer información sobre mi historial médico con respecto a dicho recurso.

Entiendo que el personal de Gastroenterology Associates de SW Florida, P.A. o la agencia de cobranzas puede ponerse en contacto conmigo en mi teléfono celular, teléfono de casa o cualquier número de teléfono que se proporciona para discutir la responsabilidad financiera, a menos que yo envíe una solicitud por escrito para restringir determinados números de teléfono donde pueda ser contactado.

Yo entiendo que Gastroenterologos Asociados del Sur de la Florida, P.A., puede obtener la autorizacion requerida para mi tratamiento y entiendo que esa autorizacion no garantiza ningun pago, y que yo soy responsable por pagos no hechos por mi compania de seguro.

Al yo firmar y confirmar esta forma estoy aceptando esta poliza financiera y mi obligacion como pretende Gastroenterologos Asociados del Sur de la Florida, P.A.

Asociados de Gastroenterología S. W. Florida, PA cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo.

\_\_\_\_\_  
**Escriba su Nombre en letra de molde.**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de hoy.**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente o de su Guardian /o Representante Legal.**

\_\_\_\_\_  
**Relacion al Paciente? /y/ Account Number**