

# Gonstead Family Chiropractic

## Política Financiera

(Por favor lee )

Nos comprometemos a brindarle la mejor atención posible, y nos complace conversar con usted sobre nuestros honorarios profesionales en cualquier momento. Su clara comprensión de nuestra política financiera es importante para nuestra relación profesional. Pregunte si tiene alguna pregunta sobre nuestras tarifas, nuestra política financiera o su responsabilidad financiera.

We are committed to providing you with the best possible care, and we are pleased to discuss our professional fees with you at any time. Your clear understanding of our Financial Policy is important to our professional relationship. Please ask if you have any questions about our fees, Our Financial Policy, or your financial responsibility.

- Todos los pacientes deben completar nuestra "Ingesta de pacientes nuevos" ANTES de ver al médico.
- **EL PAGO COMPLETO SE DEBE A LA HORA DEL SERVICIO, a menos que se hayan hecho otros arreglos con el médico.**

Aceptamos EFECTIVO, CHEQUES y las principales TARJETAS DE CRÉDITO o TARJETAS DE DEUDA .

**PACIENTES ADULTOS:** Adult patients are responsible for full payment at time of service. We will accept co-payments from patients that have insurance only if we are covered providers. There is a \$25 charge for returned checks. Additionally, there is a \$25 missed appointment fee for all missed appointments without a 24 hour notice. Please speak with the doctor in regards to special circumstances, emergencies, etc.

**PACIENTES MENORES:** El adulto que acompaña a un menor, y su(s) padre(s) o tutor(es), son responsables del pago total al momento del servicio. Este documento también sirve como consentimiento para tratar a un menor.

**SUPLEMENTOS O APOYOS :** Todos los suplementos y apoyos deben pagarse en el momento en que los reciba .

**SOBRE EL SEGURO:** Si tiene seguro, lo ayudaremos a presentar todos los reclamos facturados a su compañía de seguros. Si aceptamos su seguro, debe pagar sus copagos al momento del servicio. Los cargos por pago atrasado de 1½% pueden agregarse a las cuentas impagas después de 60 días a partir de la fecha de servicio.

**El seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros.** Presentamos el seguro como cortesía a nuestros pacientes. No nos involucraremos en disputas entre usted y su compañía de seguros con respecto a deducibles, copagos, cargos cubiertos, seguro secundario, cargos "habituales y habituales", etc. que no sean para proporcionar información objetiva según sea necesario. Como proveedores contratados, podemos aceptar una cantidad menor a la facturada debido a las "asignaciones contractuales".

### USTED ES RESPONSABLE DEL PAGO A TIEMPO DE SU CUENTA.

**COMPENSACION DE TRABAJADORES:** Si está cubierto por la Compensación al Trabajador, o cualquier otro programa patrocinado por el gobierno, discuta su situación de pago con el personal de nuestra oficina antes de la fecha de servicio.

**COMPENSACION MEDICARE:** Si está cubierto por Medicare, usted es responsable de su deducible y copagos. Si se proporciona un seguro suplementario, con gusto lo enviaremos a su compañía de seguros para que se lo reembolse. Usted, el paciente, es responsable del pago de todos los servicios provistos que no están cubiertos por Medicare y / o su seguro complementario. Se le notificará por adelantado sobre todos los servicios no cubiertos.

**PACIENTES DE LESIONES PERSONALES:** Por favor notifique al personal de la oficina si tiene que pagar por su seguro de automóvil. Todos los pacientes con un reclamo por lesiones personales deben pagar una cantidad mínima de \$ 5 por visita (para ser discutidos con el médico). El seguro de salud personal solo se puede usar si no existe cobertura médica en la póliza de seguro del vehículo. Si se acepta, el paciente es responsable de cualquier copago en el momento del servicio. Si no tiene ninguno de los anteriores, debe pagar un mínimo de \$ 15 por visita. Solo llevaremos un reclamo de un tercero (con representación legal) si tiene un abogado que emitirá una carta de protección. Si tiene un reclamo de un tercero sin representación legal, nuestra oficina determinará si podemos aceptar su caso. Si se acepta, el paciente debe completar un gravamen para el paciente y tendrá un copago mínimo de \$ 25 por visita.

**ARREGLOS DE PAGO:** Si necesita establecer un plan de pago con nuestra oficina, hable con el médico. Si se llega a un acuerdo mutuamente satisfactorio, se establecerá un plan de pago.

Gracias por entender nuestra política financiera. Por favor, háganos saber si tiene alguna pregunta o inquietud. Si desea una copia de esta política para sus registros, solicite una.

Entiendo y acepto la política financiera como está escrita y autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar mi reclamo de seguro.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

### ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:

Se le indica a usted (el pagador) que pague directamente a Gonstead Family Chiropractic por todos los servicios profesionales que me proporcione esa oficina. Esto le indica a usted (el pagador) que esta es una asignación de mis derechos bajo la cobertura médica para esta factura. Cualquier suma de dinero pagada en virtud de esta asignación se acreditará en mi cuenta y yo seré personalmente responsable de cualquier saldo impago.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

# RECONOCIMIENTOS DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

*Gonstead Family Chiropractic*

*80-150 Highway 111, Suite C-5*

*Indio, CA 92201*

## FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO

He recibido el Aviso de prácticas de privacidad y se me ha brindado la oportunidad de revisarlo.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Poliza de citas perdidas

Gonstead Family Chiropractic cobra una tarifa de \$ 25 por las citas perdidas. Este cargo será responsabilidad del paciente y no se facturará a ninguna compañía de seguros. Si el paciente da aviso de 24 horas de no asistir a una cita, no se le cobrará la tarifa de la cita perdida. Al firmar este documento, el paciente reconoce haber sido informado de la Poliza de citas perdidas por parte de Gonstead Family Chiropractic y acepta pagar las tarifas que puedan acumularse por citas perdidas sin previo aviso.

Gracias,

Gonstead Family Chiropractic

\_\_\_\_\_  
(iniciales)