



ACUERDO FINANCIERO DEL PACIENTE

Deducible / Coaseguro: todos los coaseguros y deducibles aplicables vencen en el momento del servicio. Se proporcionará un estimado y se requiere el pago antes de que se brinden los servicios. Esto no constituye el pago final y cualquier saldo adicional adeudado después de que se adjudique el reclamo del seguro será adeudado al recibir una factura. Aceptamos efectivo, cheques personales y tarjetas de crédito (Visa, Mastercard, Discover). Para cualquier pregunta con respecto a la facturación, por favor comuníquese al (760)466-1548 o billing@amcrclinic.com.

Copagos: su compañía de seguros requiere que cobremos copagos al momento del servicio. Debido a las leyes estatales y federales, copagos no son condonados.

Opciones de pago: si no tiene seguro: se espera el pago el día que se brinda el tratamiento. Si tiene seguro: usted es responsable de cualquier deducible, coaseguro y cualquier porción de su bolsillo el día que se brinda el tratamiento.

Cheques: cheques devueltos pueden estar sujetos a un cargo de \$ 30.00.

Citas pérdidas: tenga en cuenta que se puede cobrar un cargo de \$ 75.00 por una cita perdida o por no cancelarla dentro de las 24 horas previas a la hora programada. Esta tarifa se le cobrará directamente a usted.

Presentación de reclamos: como cortesía, Advanced Metabolic Care + Research facturará a su seguro y a otro seguro. Una cotización de beneficios no es una garantía de pago. Presentaremos sus reclamos y lo asistiremos hasta que se resuelva su reclamo. El pago de su compañía de seguros se espera dentro de un periodo de hasta 30 días. Después de 30 días, se buscará a usted, para el pago completo. Usted es responsable de todos los servicios no cubiertos de acuerdo con los lineamientos de su compañía de seguros. Si recibimos una notificación de que no es elegible para la cobertura o no tenemos un convenio con su seguro, usted será responsable de todos los cargos incurridos y el pago se realizará una vez recibida la factura. Es posible que su compañía de seguros necesite que le proporcione cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud de manera oportuna. Usted es responsable de proporcionar una copia de sus tarjetas de seguro más recientes para todos los planes de salud aplicables. Todos los saldos pendientes estarán sujetos a una tarifa de declaración de \$ 10.00. Se acumularán cargos adicionales por cada período subsiguiente de treinta (30) días de falta de pago. Las cuentas con vencimiento de 90 días pueden remitirse a una agencia de cobros. En caso de que la cuenta sea referida a una agencia externa para su cobro o a un abogado, el abajo firmante deberá pagar los gastos razonables de cobro.

Costos del formulario: cualquier formulario (DMV \$ 65.00, Formularios de discapacidad \$ 65.00, Formularios de desempleo \$ 65.00, Formularios escolares \$ 0.00- \$ 30.00) que requiera que un médico revise su cuadro y requiera una firma MD tendrá un cargo de formulario correspondiente.

Reabastecimiento de recetas: si no han sido visto en los últimos 6 meses, se deberá programar una cita de seguimiento para garantizar el tratamiento adecuado. Comuníquese con su farmacia para renovaciones de recetas.

Asignación de beneficios: Por la presente se autoriza la divulgación de información según sea necesario (conforme a las pautas HIPAA) para procesar y completar mi reclamo de seguro y el pago de beneficios médicos se pagará directamente a Advanced Metabolic Care + Research por todos los servicios prestados.

He leído y entiendo las declaraciones anteriores.

Acepto cumplir con las políticas financieras de Advanced Metabolic Care + Research y, entiendo que soy financieramente responsable del pago de todos los servicios médicos o tratamientos administrados con mi cuenta.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma del Paciente o Tutor: _____ Fecha: _____