



- Private Insurance
- Medicare
- Worker's Comp
- Self Pay

TERPIA OCUPACIONAL DE LAS MANOS

~ACUERDO FINANCIERO~

Fecha: _____ Paciente: _____, _____
(APELLIDO) (NOMBRE)

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: (____) _____ - _____

Correo Electrónico (E-mail): _____

Seguro Médico

Si usted tiene seguro médico y su plan es elegible para servicios de terapia ocupacional, nuestro personal en Advanced Hand & Plastic Surgery Center, LLC trabajará con usted y su aseguradora para maximizar los beneficios que le permite su plan. Para lograr esta meta, necesitamos su ayuda y que Ud. comprenda nuestra política de pagos y también le animamos encarecidamente a familiarizarse con los términos, condiciones y limitaciones de su contrato de seguro médico.

A Ud. se le pedirá actualizar su información personal y de seguros periódicamente, incluido el facilitar a nuestro centro terapéutico copias de su tarjeta de seguro, especialmente cuando su información y/o seguro médico sufra algún cambio. Nosotros estamos obligados por la ley y los términos estipulados a respetar a las cláusulas y acuerdos establecidos en su contrato de seguro médico. Nuestra incapacidad para obtener estas actualizaciones podría dar lugar a sanciones penales y civiles y/o la expulsión de su plan de seguro. Por favor, cumpla y ayúdenos a cumplir con los requerimientos de su seguro médico.

_____ **Escriba sus Iniciales**

Después de cada visita al terapeuta, se envía una factura a su compañía de seguros solicitando el pago por los servicios y tratamientos autorizados y recibidos por Ud. El pago por estos servicios es esperado dentro de un periodo máximo de 60 días. Esto implica que usted pudiera ser considerado responsable de pagar la totalidad de su cuenta, si su compañía de seguros no paga por los servicios recibidos dentro de un periodo establecido de 60 días. Es su responsabilidad entender la cobertura y beneficios que le brinda su seguro médico. Usted debe conocer: Cuanto es su deducible, la necesidad de ser referido y/o autorizado o no por su doctor primario o aseguradora y los requisitos esto que implica, el requerimiento de certificaciones previas, el número máximo de visitas permitidas o los límites máximos de la cantidad a pagar en dólares, el porcentaje no cubierto a pagar por su seguro complementario (co-seguro) y el co-pago establecido para cada tipo de visita. Además de los gastos directos de su bolsillo o a pagar por usted (Out-of-Pocket) incluyendo todas las exclusiones de su plan y el estado de su membresía en la fecha que recibió nuestro servicio. Si usted nos proporciona información incorrecta o falsa a sabiendas, usted será responsable por todos los gastos incurridos.

_____ **Escriba sus Iniciales**

Deducibles

Si algún deducible es aplicable a su plan, este comenzó a partir de: ____ / ____ / _____, y usted debe pagar un total de \$ _____._____, del que usted ya ha cumplido con \$ _____._____.

El deducible es la cantidad de dinero QUE UD. TIENE QUE PAGAR antes de que su seguro pague por los servicios prestados. **El deducible estipulado por su plan es de su total responsabilidad financiera.** Este se establece en el contrato que usted firma con su agencia de seguro médico.

_____ **Escriba sus Iniciales**

Co-pago y/o Seguro Complementario (Co-Seguro)

El costo de esta consulta y cada una de las citas posteriores programadas, es de \$ _____._____. El costo a pagar por concepto de seguro complementario (co-seguro) es una estimación de la cuota que tiene que pagar por los servicios de terapia ocupacional después de haber pagado cualquier deducible aplicable.

Aceptamos su pago en efectivo, cheques y tarjetas de crédito. **NUESTRA INCAPACIDAD PARA COBRARLE ESTOS CARGOS, PREVIAMENTE ESTIPULADOS, PODRÍA CONSIDERARSE COMO UNA VIOLACIÓN DE NUESTRO ACUERDO CON SU COMPAÑÍA ASEGURADORA.** Además, su falta de pago, por alguna de las cantidades requeridas, constituye una violación de su responsabilidad financiera establecida en su cobertura de seguro y podemos informar de su negativa a su empleador y/o el funcionario de su compañía de seguros.

_____ **Escriba sus Iniciales**

Gastos Directos de su Bolsillo. (Out-of-Pocket) y Su Límite Máximo

Esta cifra de dinero corresponde a la cantidad máxima que Ud. tiene que pagar en deducibles y/o seguro complementario (co-seguro) por los servicios médicos cubiertos por su aseguradora. Según el diseño de su plan y el acuerdo establecido, los gastos directos de su bolsillo (Out-of-Pocket) pueden o no incluir sus co-pagos. El total de gastos directos de bolsillo (Out-of-Pocket), si usted tiene un límite máximo aplicable a su plan, comenzó a contabilizarse a partir de: ____ / ____ / _____, y este límite corresponde a un máximo de \$ _____._____, de los cuales usted ya ha cumplido con \$ _____._____.

Por favor, consulte su contrato o póliza de seguro en referencia a las recomendaciones específicas relacionadas con los deducibles, co-pagos y seguro complementario (co-seguro).

_____ **Escriba sus Iniciales**

Citas Médicas Perdidas

Su cooperación en la cancelación con anterioridad al día de su cita nos permite la oportunidad de ofrecer su espacio de tiempo previamente reservado (45 minutos) a otra persona que necesite ser visto por el terapeuta para recibir tratamiento. El no mantener su cita programada y confirmada dará lugar a **un cargo por cancelación de \$25 dólares**, que Ud. debe pagar junto con cualquier otro cargo generado en su próxima visita.

_____ **Escriba sus Iniciales**

Pagos Tarde y Deudas Vencidas

Es su obligación mantener su cuenta con nuestra compañía en buen estado. Como regla general, "Toda la responsabilidad estimada de pago que le corresponda a Ud. (co-seguro, co-pago y/o deducible) **debe ser pagada antes de recibir nuestros servicios.**" La fecha límite de pago por los servicios prestados, que son de su responsabilidad, se establece a partir de la fecha en que usted recibe nuestra factura o estado de cuenta. Si su pago no se recibe para la fecha en que se le envía la tercera notificación, y hemos agotado nuestros recursos para tratar de cobrar la deuda, el saldo moroso es revisado y estará sujeto a ser enviado a una compañía de colección.

_____ **Escriba sus Iniciales**

Si usted tiene alguna pregunta sobre la información anterior, por favor, no dude en solicitar hablar con nuestro gerente de facturación (Billing). Su seguro es un contrato entre usted, su empleador y/o la compañía de seguros. Nosotros no somos parte de ese contrato. Debemos destacar que Advanced Hand & Plastic Surgery Center, LLC como proveedor de atención médica, solo mantiene una relación directa con usted, y no con su compañía de seguros. Somos conscientes de que los problemas financieros temporales pueden afectar el pago oportuno de su cuenta y/o la continuación del tratamiento. Si estos problemas se presentan, se le anima a ponerse en contacto con nosotros inmediatamente para ayudarle en la gestión de posibles soluciones de pago de su deuda con nuestra compañía.

Mi firma a continuación constituye el reconocimiento y aceptación de este acuerdo financiero establecido entre Advanced Hand and Plastic Surgery Center, LLC y mi persona.

Firma: _____ Fecha: _____
(Paciente o Tutor: Persona responsable financieramente)

Nombre del paciente-(Completo): _____

Revisado por (OT/Billing solamente): _____ Fecha: _____