



Estado Financiero de la Paciente

Oficina de Negocios • Teléfono 208.955.0350 • Fax 208.955.0352

Gracias por seleccionar a OB/GYN Associates para su cuidado de salud de la mujer! ;Estamos comprometidos con usted para proporcionarle el mejor cuidado medico! La siguiente información es proporcionada para asegurar que usted sea consciente de nuestras políticas financieras y para evitar cualquier malentendido con respecto al pago de los servicios profesionales. Porfavor pida hablar con uno de nuestros miembros del equipo si tiene cualquier pregunta con respecto a estas políticas.

- Nuestra oficina participa con una variedad de planes de aseguración medica. Es su responsabilidad de que:
 1. Traiga su tarjeta de aseguración a cada visita.
 2. Este preparada para pagar su pre-pago, pre-seguro y/o deducible en cada visita. El pago puede ser en efectivo, cheque o con tarjeta de crédito. Para su conveniencia las tarjetas de credito que aceptamos es la: VISA, MASTERCARD, DISCOVER & AMERICAN EXPRESS. Corremos los cheques electrónicamente sobre presentación. Tambien para su conveniencia puede elegir el auto-pago a su tarjeta de credito para todos sus servicios y/o para el balance restante después de que su aseguración page.
 3. Page al contado el día de su visita por servicios medicos que su aseguración medica no cubre.
- Como cortesía, mandaremos la factura a su aseguración; sin embargo, todos los cargos, a pesar de su cobertura son su responsabilidad. Si su aseguración no ha pagado dentro de 30 días, usted necesita de contactar a su aseguración para llegar a una resolución sobre su cuenta. Por favor visite nuestro sitio web al www.obgynidaho.com para una lista de planes de seguro con las cuales contratamos o para pagar su cuenta.
- Si usted no tiene aseguración o ningun otro beneficio, al registrarse tendra que dar un deposito de \$100 para los servicios medicos de su visita. Si paga al contado el día de su visita recibira un descuento de 10%.
- Si la paciente es menor de edad (18 años y menos), el padre o guardián debe de firmar abajo. El padre, el guardián o la menor no acompañada seran responsables de pagar su porcion a la hora del servicio, trayendo referencias necesarias & tarjeta(s) de seguro.
- Si no puede pagar por los servicios médicos necesarios, es posible que califique para asistencia financiera o para un plan de pago. Es su responsabilidad de informarnos antes de la visita. Porfavor pida hablar con alguien en nuestra oficina de negocios. Pedimos que nos proporcione una fuente automática de pago como tarjeta de crédito o giro bancario para planes de pago.
- Referencias: Es su responsabilidad de traer una referencia si es requerida el día, o antes de su visita. Si usted no tiene una referencia, puede ser que necesitemos mover su visita para otro día, o puede ser financieramente responsable.
- Si el día de su visita la ven para su examen anual o bienestar, mas aparte discuten un problema adicional, puede ser que le cobren por ambos servicios ya que necesitamos utilizar los codigos apropiados. Tenga en mente que es posible que todo el laboratorio medicamento indicado no necesariamente sera cubierto como parte de su examen anual o bienestar. Su contrato individual con su portador de seguro determinará cómo su seguro page. Hacemos cada esfuerzo de facturar cada visita con los códigos apropiados del diagnóstico y procedimientos según las guillas de codificación nacional. Por favor comprenda que no podemos hacer excepciones con la codificación debido a la conformidad legal del estado y federal, tampoco podemos mandar una factura con servicios no indicados en su historial médico.
- Para el cuidado obstetrico(embarazo), si usted tiene seguro medico confirmado pedimos que page \$200 en su primera visita. Si no tiene seguro medico ni beneficios del gobierno, le pedimos que page \$600 en la primera visita, y en su semana decimoctavo (18 semanas) se le pedira un pago adicional de \$600. Nosotros verificaremos sus beneficios de maternidad y arreglaremos un contrato con pagos mensuales basandonos en su responsabilidad financiera. La opcion de auto-pago es disponible.
- Enviamos rutinariamente la prueba de PAP (papanicolaou) y de patología a laboratorios afuera de nuestra clinica; por lo tanto usted recibirá una cuenta separada. Puede ser que estos proveedores participen o no con su plan de salud.
- Si falla en pagar su cuenta al contado para los servicios que son rendidos a usted, su balance sobresaliente será enviado a una agencia de colecciones. Usted será responsable de los honorarios valorados por la agencia de colecciones.
- Habrá un carga si falta por segundo vez a su cita.
- Un cargo de servicios de \$20.00 sera aplicado a todos los cheques que son devueltos. Cargas financieros se acumularán en balances de más de 90 días al 1.5% de interes mensual, (18% anual).

He leído y entiendo la información mencionada arriba y estoy de acuerdo con estas políticas financieras.

Firma _____ Fecha: _____

Nombre de Paciente _____ # de Cuenta: _____