



POLÍTICA Y ACUERDO FINANCIERO

PARA ASCEND VISION PARTNERS Y SUS PRÁCTICAS AFILIADAS

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención médica posible. Es importante para nuestra relación profesional que usted comprenda claramente nuestra política financiera. La siguiente información describe su responsabilidad con respecto al pago y la reserva de citas para los servicios profesionales. Para mantener los costos de atención médica al mínimo posible, hemos adoptado las siguientes políticas.

SEGURO MÉDICO

En cada visita debemos verificar su seguro médico actual. Si no podemos verificar su cobertura de seguro, usted será responsable del costo total de la visita en el momento de recibir el servicio. Si tiene preguntas sobre sus beneficios o cobertura, comuníquese directamente con su compañía de seguros.

COPAGO

El copago es una cantidad en dólares establecida por su compañía de seguros que usted debe pagar en cada visita. Algunos planes de seguro también incluyen coseguro, lo que significa que usted puede ser responsable de pagar un porcentaje de los costos médicos además de su copago o deducible. Todos los copagos deben pagarse en el momento de recibir el servicio. Aceptamos efectivo, cheque, tarjetas de crédito y CareCredit. Puede aplicarse un cargo por conveniencia del 3% para pagos realizados con tarjeta de crédito.

DEDUCIBLE

El deducible anual es la cantidad de dinero que usted debe pagar de su propio bolsillo durante el año por gastos médicos antes de que su seguro comience a pagar. Si su deducible no se ha cumplido, el pago deberá realizarse en el momento del servicio.

COSEGURO

El coseguro es el porcentaje del costo que usted debe pagar después de haber cumplido con su deducible y se aplica a su límite máximo de gastos de bolsillo. La mayoría de los planes de seguro establecen que, una vez que se alcanza el máximo de gastos de bolsillo, su plan de seguro pagará el 100% de los gastos médicos cubiertos.

REFERENCIAS (REFERIDOS)

Si su plan de seguro requiere una referencia de su médico de atención primaria (PCP), es su responsabilidad obtener dicha referencia antes de su cita programada. La referencia debe recibirse y estar registrada en nuestra oficina antes de que se proporcionen los servicios. Si no recibimos una referencia válida antes de su cita, es posible que se le pida reprogramar su

visita hasta que se obtenga la referencia.

Si decide continuar con la visita sin tener una referencia válida registrada, los servicios se considerarán pago por cuenta propia (self-pay). Usted será responsable del costo total de la visita y de cualquier servicio relacionado, y el pago deberá realizarse en el momento del registro.

También es su responsabilidad asegurarse de que su médico de atención primaria (PCP) esté correctamente registrado en su plan de seguro. Si el PCP registrado con su seguro es incorrecto en el momento del servicio, usted será responsable del pago de todos los servicios prestados.

TRATAMIENTO DE MENORES

Los pacientes menores de 18 años deben estar acompañados por un padre, madre o tutor legal en su primera cita para conocer al médico y completar toda la documentación necesaria. Todos los copagos u otros pagos pendientes deben realizarse en el momento de cada servicio.

FALTA DE PAGO

Si un paciente no paga todos los saldos pendientes en el momento del registro, Ascend retrasará los servicios y el paciente deberá reprogramar su cita hasta que todos los saldos se paguen en su totalidad. Ascend puede cobrar intereses adicionales y cargos por pagos tardíos y saldos pendientes, de acuerdo con la ley aplicable y hasta el monto máximo permitido.

PAGO POR CUENTA PROPIA (SELF-PAY)

Los pacientes que no cuentan con cobertura de seguro se consideran pacientes de pago por cuenta propia. El pago completo de los servicios prestados debe realizarse en el momento del servicio.

He leído y entiendo la Política Financiera y acepto sus términos.

Firma del paciente o representante legal: _____

Nombre en letra de molde del paciente o representante legal: _____

Relación con el paciente: _____

Fecha: _____