



## Política de Pago

Estimado Paciente,

Gracias por elegir cCARE como su proveedor del cuidado de la salud. Estamos comprometidos a proporcionarle atención médica de calidad. Hemos desarrollado una política de pago para ayudarle a comprender su responsabilidad y la de su compañía de seguros (si procede). Lea la política y firme en el espacio proporcionado. Se le proporcionará una copia si la requiere. Si usted tiene preguntas, por favor, háganoslo saber.

1. **El seguro.** Su póliza de seguro es un acuerdo entre usted y su compañía de seguros.

No somos parte de su contrato. Como cortesía, enviaremos la factura a su plan de seguro médico por usted, siempre que usted nos proporcione información precisa. Póngase en contacto con su compañía de seguros con cualquier pregunta que usted pueda tener con respecto a la cobertura.

a. Seguros no contratados: si no tenemos un contrato con su compañía de seguros, le informamos de que sus gastos de bolsillo pueden ser mayores de lo previsto originalmente. Le daremos una estimación de sus costes, pero la cantidad final a pagar será determinado por el reembolso de su compañía de seguros.

2. **Servicios no cubiertos.** Por favor tenga en cuenta que algunos de los servicios que usted recibe no pueden estar cubiertos o pueden ser considerados no razonables o necesarios por Medicare o por otras entidades aseguradoras.

3. **Envío de reclamaciones.** Presentaremos sus reclamaciones y le ayudaremos en todo lo que posiblemente podamos para ayudarle a conseguir que las reclamaciones sean pagadas. Su compañía de seguros puede necesitar que le proporcione cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud. Por favor tenga en cuenta que los cargos por los servicios recibidos son de su responsabilidad independientemente de que su compañía de seguros pague por la reclamación.

4. **Comprobante de Seguro.** Todos los pacientes deben completar un formulario de información del paciente antes de ver al médico. Le pediremos una copia de su tarjeta del seguro como prueba de su seguro.

5. **Cambios en la cobertura.** Si su seguro cambia, por favor notifique a nuestra oficina inmediatamente para que podamos realizar los cambios apropiados a su información de facturación. Si usted no nos proporciona la información de seguros correcta en un tiempo oportuno, usted será responsable de todos los gastos.

6. **Co-Pagos. Todos los co-pagos deben ser pagados en el momento del servicio.** Este acuerdo es parte de su contrato con su compañía de seguros.

7. **Impagos.** Por favor tenga en cuenta que si usted no paga la parte de su factura, podemos enviar su cuenta a una agencia de cobros y usted puede ser expulsado del tratamiento.

8. **Citas perdidas.** Nuestra política implica un cargo de \$25.00 para citas perdidas no canceladas con más de 24 horas de antelación. Este cargo estará bajo su responsabilidad y se facturará directamente a usted. Su seguro no se hara cargo de este pago. Por favor, ayúdenos a servirle mejor manteniendo su cita programada regularmente.

9. **Pago.** Para su comodidad, cCARE acepta dinero en efectivo, cheques y tarjetas de crédito. Aceptamos Visa, Master Card, Discover y American Express.

10. **Consejero financiero.** Tenemos un consejero financiero disponible como un recurso para nuestros pacientes. Por favor llame al 1-888-682-9779 y usted será conectado con su consejero financiero.

He leído y entendido la política de pago y acepto cumplir con estas directrices. Entiendo que soy responsable de cualquier parte de mi factura que no esté cubierto por mi compañía de seguros.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o de la parte responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre (con letra legible)

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente