

Usted es financieramente responsable de los servicios médicos que recibe en Arizona Pain Specialists, PLLC (en lo sucesivo, la "Práctica"). Revise cuidadosamente esta Política financiera, ponga sus iniciales en cada sección y firme el acuerdo para indicar que acepta sus términos.

CITAS

1. **Copagos y deducibles.** Los copagos y deducibles para las visitas a la clínica se deben realizar al momento del servicio, de acuerdo con el plan de su compañía de seguros. Si no puede hacer su copago en el momento del servicio, la Práctica se reserva el derecho de reprogramar su cita hasta el momento en que pueda hacer su copago.
2. **Prepago de Procedimiento.** La Práctica puede cobrar su pago por un procedimiento en el momento programado. Su pago anticipado se basa en una estimación de su responsabilidad financiera esperada. Nos reservamos el derecho de reprogramar su procedimiento hasta que se hayan hecho los arreglos de prepago. Usted es responsable de cualquier saldo impago después de que su compañía de seguros haya procesado su reclamo. En el caso de un pago excesivo, puede solicitar un reembolso.
3. **Auto-pago.** Si no tiene seguro de salud, o si su seguro de salud no pagará los servicios prestados por el consultorio o si nos notifica que no nos comuniquemos con su compañía de seguros o no le facturemos, se lo considera un paciente que paga por su cuenta. Sus cargos se basarán en nuestro actual programa de tarifas de pago por cuenta propia (disponible en nuestra recepción). El pago se realizará en su totalidad al momento del servicio.
4. **Citas perdidas y llegadas tardías.** Se le cobrará una tarifa por cada incidente de acuerdo con el Programa de tarifas públicas. Estos cargos son su responsabilidad personal y no se facturarán a ninguna compañía de seguros.

Inicial: _____

PAGOS DE ASEGURANZA

5. **Responsabilidad financiera.** Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. En última instancia, usted es responsable del pago completo de todos los servicios médicos que se le brindan. Cualquier cargo que no sea pagado por su compañía de seguros será su responsabilidad, excepto según lo limitado por el acuerdo de red específico de Practice con su compañía de seguros, si dicho acuerdo está vigente.
6. **Cambios en la cobertura y envío oportuno.** Es su responsabilidad informarnos oportunamente sobre cualquier cambio en su información de facturación o seguro. Su compañía de seguros establece un límite de tiempo dentro del cual la Práctica puede presentar un reclamo en su nombre. Si la Práctica no puede procesar su reclamo dentro de este período debido a que proporcionó información incorrecta sobre el seguro o no respondió a las consultas de la compañía de seguros, será responsable de todos los cargos.

Inicial: _____

BENEFICIOS Y AUTORIZACION

7. **Participación en el plan de seguro.** La Práctica tiene acuerdos de red específicos con muchas compañías de seguros, pero no todas las compañías de seguros. Es su responsabilidad comunicarse con su compañía de seguros para verificar que su proveedor asignado participe en su plan. El plan de su compañía de seguros puede tener cargos fuera de la red que tienen deducibles y copagos más altos, de los cuales usted será responsable.
8. **Referencias.** Los requisitos de derivación y autorización previa varían entre las compañías de seguros y los planes. Si su compañía de seguros requiere una referencia para que lo vea el consultorio, es su decisión. Es responsabilidad del paciente de obtener esta referencia antes de su cita. Si bien, bajo la ley HIPAA, su proveedor de atención médica de referencia y la Práctica tienen autorización expresa para divulgar su Información de salud protegida (PHI) para su tratamiento, tiene derecho a solicitar restricciones sobre la divulgación de su PHI. Bajo HIPAA, la práctica no está obligada a estar de acuerdo con usted.

Como norma, la Práctica informará a su médico referente de su plan de atención al paciente y el progreso mediante el uso de cualquier máquina de transmisión electrónica segura o por un empleado de la Práctica.

9. **Autorización previa y servicios no cubiertos.** la Practica puede proporcionar servicios que el plan de su compañía de seguros excluye o requiere autorización previa. La Práctica, como cortesía a nuestros pacientes, hará un esfuerzo de buena fe para determinar si los servicios que brindamos están cubiertos por el plan de su compañía de seguros y, de ser así, determinar si se requiere autorización previa para el tratamiento. Si se determina que se requiere una autorización previa, intentaremos obtener dicha autorización en su nombre. En última instancia, es su responsabilidad asegurarse de que los servicios que se le brindan sean beneficios cubiertos y estén autorizados por su compañía de seguros.

Inicial: _____

BALANCES DE CUENTA Y PAGOS

10. **Reasignación de saldos.** Si su compañía de seguros no paga los servicios dentro de un tiempo razonable, podemos transferir el saldo a su exclusiva responsabilidad. Por favor haga un seguimiento con su compañía de seguros para resolver los problemas de falta de pago. Los saldos vencen dentro de los 30 días posteriores a la recepción de una declaración inicial.
11. **Colección de cuentas sin pagar.** Si tiene un saldo pendiente de más de 120 días de antigüedad y no ha realizado los arreglos de pago (o se ha quedado en mora en un plan de pago existente), podemos transferir su saldo a una agencia de cobranza y / o un abogado para su cobro. Esto puede dar lugar a que los informes viales a las agencias de crédito y acciones legales adicionales. The Practice se reserva el derecho de rechazar el tratamiento a pacientes con saldos pendientes de más de 120 días. Usted acuerda que, para que podamos administrar nuestra cuenta o cobrar los montos que pueda adeudar, podemos comunicarnos con usted a cualquier número de teléfono asociado con su cuenta, incluidos los números de teléfono celular, lo que podría ocasionarle cargos. También podemos comunicarnos con usted por mensaje de texto o correo electrónico, utilizando cualquier dirección de correo electrónico que nos proporcione. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabados / artificiales y / o el uso de un dispositivo de marcación automática.
12. **Reembolsos.** Los reembolsos por pagos en exceso se procesan solo después de que se haya recibido el reembolso total del seguro de todos los servicios médicos. Envíe una solicitud de reembolso por escrito y permita que transcurran 6 semanas para que su solicitud sea procesada.

Inicial: _____

CARGOS ADICIONALES

13. **Solicitudes de registros médicos.** La Regla de privacidad le permite recibir una copia de sus registros médicos personales, registros de facturación y permite a la Práctica exigir que las personas completen y firmen un Formulario de Autorización para Divulgación y Divulgación de registros médicos. Sin embargo, si no puede asistir a una de las clínicas de la Práctica, la Práctica hará todos los ajustes necesarios para cumplir con su solicitud. Se cobrará una tarifa por las solicitudes de registros médicos de acuerdo con el Programa de tarifas públicas. No hay cargo por transferir una copia de sus registros médicos a un nuevo Proveedor
14. **Otras formas.** La Práctica responderá (a discreción del proveedor) a las solicitudes para completar ciertos formularios médicos (FMLA, Permiso de Discapacidad a Corto Plazo y Permiso de Estacionamiento para Discapacidades Temporales) asumiendo que el paciente está en buen estado y ha estado activo con la Práctica durante seis (6) meses consecutivos. Otros formularios no listados pueden ser considerados para ser completados por la Práctica. En estos casos, la tarifa será determinada por el gerente de práctica. Todas las solicitudes requieren una visita a la oficina.

Inicial: _____

15. **Declaración de los derechos del paciente y Aviso de Prácticas de Privacidad.** Al iniciar esta sección, reconozco que he recibido una copia de la Declaración de los Derechos del Paciente de la Práctica. Y he revisado una copia del Aviso de Práctica de Privacidad de la Práctica

Inicial: _____

16. **Aplicacion de Practica.** Se le puede pedir si gustaria participar en nuestra aplicacion de practica. Al iniciar hesta seccion, reconzco y permito que Arizona Pain se comunicara y mandara facturas a su aseguransa por exámenes de salud hecho en la aplicacion y asumir responsabilidad de cobros que aun no han cubierto su aseguranza.

Inicial: _____

17. **Directiva avanzada.** Al iniciar esta sección, reconozco que he recibido una copia de la Declaración de la Directiva Avanzada de la Práctica. **Inicial:**_____

Acuerdo y Asignación de Beneficios

He leído y entiendo la Política Financiera de los Especialistas en Dolor de Arizona, PLLC, y estoy de acuerdo en cumplir con sus términos. Por la presente, asigno todos los beneficios médicos y quirúrgicos y autorizo a mi (s) asegurador (es) a emitir el pago directamente a la Práctica. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los servicios que recibo de la Práctica. Esta política financiera es vinculante para mí y para mi patrimonio, ejecutores y / o administradores, si corresponde.

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____