

Política financiera

¡Gracias por elegir Arizona Pain! Estamos comprometidos con el éxito de su tratamiento y atención médica. Por favor, revise cuidadosamente esta Política Financiera, inicie cada sección y firme el acuerdo para indicar su aceptación de sus términos.

El pago vence en el momento del servicio

1. Todos los copagos, deducibles, coaseguros y tarifas por servicios no cubiertos vencen en el momento del servicio, a menos que haya hecho arreglos de pago antes de su cita. Aceptamos efectivo, cheques, tarjetas de débito y crédito.
2. En el caso de que necesite un procedimiento, le proporcionaremos una estimación de los montos de deducible y coaseguro requeridos por su seguro. El pago anticipado de esta estimación vence en el momento en que se programa el procedimiento o por teléfono antes de la fecha del procedimiento. Usted es responsable de cualquier saldo impago después de que su compañía de seguros haya procesado su reclamo.
3. Designamos cuentas **de auto pagó** en las siguientes circunstancias: (1) el paciente no tiene cobertura de seguro de salud, (2) el paciente está cubierto por un plan de seguro en el que nuestros proveedores no participan, (3) el paciente no tiene una tarjeta de seguro válida y actual en el archivo, o (4) el paciente no tiene una referencia de seguro válida en el archivo.
4. Solicitamos que se notifique con al menos **24 horas** de anticipación a la oficina si no puede asistir a su cita programada. 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. Los pacientes que repetidamente "no se presentan" a las citas pueden ser dados de alta de la práctica.

Inicial: _____

Comprobante de seguro

1. Por favor, traiga su(s) tarjeta(s) de seguro y una identificación válida con foto con usted a cada cita.
2. Es su responsabilidad notificar al consultorio de manera oportuna los cambios en su cobertura de seguro de salud. Si el consultorio no puede procesar su reclamo dentro de los límites de presentación de su compañía de seguros de salud, o la falta de su respuesta a las consultas de la compañía de seguros debido a un aviso inoportuno, usted será responsable de todos los cargos.
3. Si no formamos parte de la red de su compañía de seguros (fuera de la red) o si su compañía de seguros le paga directamente, usted está obligado a reenviar el pago inmediatamente al consultorio.

Inicial: _____

Referencias y autorización

1. El consultorio tiene acuerdos de red específicos con muchas, 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, que son su responsabilidad.
2. Si tiene una HMO plan con la que estamos contratados, necesita una referencia o autorización de su médico primario. Sin una referencia requerida de seguro, la compañía de seguros negará el pago de los servicios. Si no podemos obtener la referencia antes de su cita, se le reprogramará o se le pedirá que pague la visita por adelantado.
3. El consultorio puede proporcionar servicios que el plan de su compañía de seguros excluye o requiere autorización previa. Si se determina que se requiere una autorización previa, intentaremos obtener la autorización en su nombre. En última instancia, es su responsabilidad asegurarse de que los servicios que se le brindan sean beneficios cubiertos y autorizados por su compañía de seguros.

Inicial: _____

Política financiera

Facturación y reembolsos

1. Si debemos enviarle un estado de cuenta, el saldo vence en su totalidad dentro de los 30 días posteriores a la fecha del estado de cuenta.
2. Si tiene un saldo pendiente de más de 120 días de antigüedad y no ha hecho arreglos de pago (o se ha vuelto moroso en un plan de pago existente), podemos entregar su saldo a una agencia de cobro y / o un abogado para el cobro. Esto puede dar lugar a informes adversos a las agencias de crédito y acciones legales **adicionales. El consultorio se reserva el derecho de rechazar el tratamiento a pacientes con saldos pendientes de más de 120 días de antigüedad.** Usted acepta que, para dar servicio a nuestra cuenta o para cobrar cualquier cantidad que pueda adeudar, podemos comunicarnos con usted en cualquier número de teléfono asociado con su cuenta, incluidos los números de teléfono celular, lo que podría resultar en cargos para usted. También podemos comunicarnos con usted por mensaje de texto o correo electrónico, utilizando cualquier dirección de correo electrónico que nos prohíba.
3. Nuestro consultorio trata a los pacientes independientemente de su estado financiero. Ofrecemos asistencia financiera en forma de un descuento de escala móvil basado en los ingresos verificables del hogar.
4. Si realiza un pago en exceso en su cuenta, emitiremos un reembolso solo si no hay otros saldos pendientes de servicios médicos en su cuenta o en cualquier otra cuenta con la misma parte financieramente responsable.

Inicial: _____

Información adicional

1. La Regla de Privacidad le permite recibir una copia de sus registros médicos y de facturación personales y permite que el consultorio requiera que las personas completen y firmen un Formulario de Autorización para la Divulgación y Divulgación de Registros Médicos.
2. El consultorio responderá (a discreción del proveedor) a las solicitudes para completar ciertos formularios médicos (FMLA, Permiso de Estacionamiento por Discapacidad a Corto Plazo e Incapacidad Temporal) asumiendo que el paciente está al día y ha estado activo con el consultorio durante seis (6) meses consecutivos. Todas las solicitudes requieren una visita al consultorio.
3. Es posible que se le pida que participe en nuestra aplicación Arizona Pain Mobile. Al iniciar aquí, usted da su consentimiento a Arizona Pain para comunicar y facturar los seguros aplicables por los exámenes de salud realizados dentro de la aplicación y asume la responsabilidad de los saldos no cubiertos por el seguro de salud.
4. Al iniciar esta sección, reconozco que Arizona Outpatient Anesthesia Consultants (AOAC) es una subsidiaria de propiedad total de Arizona Pain Specialists (APS). AOAC es un proveedor no contratado (fuera de la red) de servicios de anestesia.
5. Al iniciar esta sección, reconozco que he recibido y revisado, o se me ha dado la oportunidad de recibir y revisar, una copia del Aviso de consultorio de Privacidad del consultorio, el Programa de Tarifas Públicas, la Declaración de Derechos del Paciente y la Declaración de Directivas Anticipadas.

Inicial: _____

Inicial: _____

Inicial: _____

Inicial: _____

Inicial: _____

Acuerdo y asignación de beneficios

He leído y entiendo la Política Financiera de Arizona Pain Specialists, LLC, y acepto cumplir con sus términos. Por la presente, asigno todos los beneficios médicos y quirúrgicos y autorizo a mi(s) compañía(s) de seguros a emitir el pago directamente al consultorio. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los servicios que recibo en el consultorio. Esta política financiera es vinculante para mí y mi patrimonio, albaceas y / o administradores, si corresponde.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: Al escribir su nombre a continuación, está firmando esta política electrónicamente. Usted acepta que su firma electrónica es el equivalente legal de su firma física en este documento.

Firma (Paciente o si es menor Firma del padre o tutor)

Fecha