ENT ASSOCIATES
OF SANTA BARBARA

John D. McCaffery, M.D.
Jaime Munroe, PA-C

Forma Financiera

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención medica. Estamos comprometidos a establecer una relación medica de éxito con usted y su familia. Su comprensión clara sobre nuestra póliza financiera del paciente es importante para nuestra relación profesional. Por favor lea nuestra póliza financiera, haga cualquier pregunta que tenga, y firme en el espacio provisto. Una copia será proporcionada a su solicitud.

1. ***PAGO***
   A partir de 01/03/2016 los deducibles de seguro medico y co-pagos serán adquiridos en el momento de su visita. El pago incluirá cualquier deducible pendiente.
   Ejemplo; la cantidad de co-pago, los saldos vencidos o cargos no cubiertos. Aceptamos dinero en efectivo, tarjeta de crédito, o cheque personal. **Si su cheque personal es rechazado por su banco por falta de fondos, una multa de $45 será agregada con el pago original de vencimiento. Lo cual indica que su balance tendrá que ser liquidado inmediatamente con tarjeta de crédito o en efectivo solamente.**

2. ***SEGURO MÉDICO***
   Debido a los muchos productos de seguro médicos (diferentes), nuestro personal no puede garantizar su elegibilidad y cobertura Como una cortesía nuestro departamento de contabilidad podrá obtener información de su seguro/s medico después de procesar el reclamo de su servicio rendido durante su visita, lo cual toma un por medio de un par de semanas. Por favor recuerde que el seguro médico es un contrato entre el paciente y la compañía de seguro médico, y en definitiva es la responsabilidad del paciente para verificar; prestaciones de cobertura médica y servicios. Si no es capaz de proporcionar su información de seguro médico en el momento del servicio, entonces usted tendrá que pagar por los servicios en el momento de la visita. Si su seguro cambia, por favor avísenos antes de su próxima consulta para poder hacer los cambios apropiados.

3. ***SERVICIOS Y PROCEDIMIENTOS ADICIONALES***
   En algunos casos se rinden servicios adicionales o procedimientos como ***la endoscopia nasal, laringoscopia, o examen audiológica*** lo cual serán aplicados a su deducible. Esto significa que puede recibir cargos por estos servicios adicionales (si se realiza), además de su cargo de rutina. En la mayoría de los casos la cantidad real facturada esta predeterminado por su empresa de seguro médico si en dado caso tienen contrato con el Dr. McCaffery.

4. ***FALTA DE PAGO***
   Si su cuenta es mas de 90 días de mora, recibirá una carta que indica que tiene 25 días para pagar la cuenta en su totalidad. Los pagos parciales no serán aceptados y permanecerá como pago no recibido, lo cual será enviado a una agencia de colección.

5. CITAS CANCELADAS

Si su cita no se cancela dentro de las 24 horas se le cobrara una cuota de $50 *(por cada falta)*. Este cargo será su responsabilidad y será facturado directamente a usted. Por favor ayúdenos a ofrecerle un mejor servicio al presentarse a sus consultas programadas.

6. PADRES DIVORCIADOS/SEPARADOS DEL PACIENTE MENOR DE EDAD

Al firmar abajo el adulto que firma a un menor de edad en nuestra practica en el día de servicio acepta responsabilidad total por el pago. Esta oficina no se compromete a enviar facturas o registros al otro padre/tutor. Es responsabilidad de los padres de comunicarse entre sí acerca de los tratamientos médicos y pagos. La única comunicación sobre el tratamiento y el pago de estilo/autoservicio será rendida a los padres que se inscriben en ese día.

ENT Associates of Santa Barbara se compromete a proporcionar el mejor tratamiento a nuestros pacientes. Gracias por su comprensión en definitiva sobre nuestra póliza financiera.

He leído y entendido la póliza financiera y estoy de acuerdo en seguir con sus reglamentos.

Firma de/ paciente o la Persona Responsable	Fecha	En letra de molde imprima el Nombre del Paciente