



Dynamic Arthritis Care Clinic, PLLC
Carlos E. Ramirez, M.D.
Board Certified Internal Medicine & Rheumatology
Phone: (832) 850 6083 Fax: (832) 672 7113

POLÍTICA DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

Proporcionar atención médica de calidad para nuestros pacientes es nuestra principal preocupación. El siguiente es un resumen de nuestra política financiera. Estaremos encantados de proporcionar más aclaraciones si es necesario. Le pedimos que lea y firme lo siguiente para reconocer que ha sido informado de su responsabilidad financiera por los servicios médicos proporcionados aquí.

Antes de ver a un profesional médico en DACC, un miembro del personal discutirá con usted los costos probables involucrados en sus procedimientos y revisará su responsabilidad financiera.

Aceptamos ciertos planes de seguro; por lo tanto, por favor, proporcione su tarjeta de seguro. Le informaremos si su plan es uno para el cual nosotros somos un proveedor designado. Si desea ser visto en DACC, usted es responsable del pago de todos los co-pagos y / o cargos deducibles en el momento del servicio. Si su seguro es un plan para el cual no somos un proveedor designado, estamos más que dispuestos a proporcionar atención y usted será responsable del pago en el momento del servicio.

Recuerde que las pólizas de seguro pueden no cubrir todas las condiciones y tarifas. Para estar plenamente consciente de su horario de beneficios, lea su póliza de seguro o hable con un representante de seguros.

Aunque todos los servicios se enviarán a cobrar su seguro, es su responsabilidad de obtener una referencia si esta es requerida por su seguro para ver a un especialista. Si su seguro niega el pago del servicio porque la referencia no fue solicitada y aprobada en el momento de la cita, usted será responsable de la cuenta.

Cualquier análisis de laboratorio que necesitamos, se enviará a un laboratorio externo como lo requiere su seguro. Es posible que reciba una factura separada por los servicios de laboratorio.

Aceptamos Medicare y presentaremos todas las reclamaciones de pacientes con Medicare. Por favor provea su tarjeta de seguro secundaria y también la presentaremos.

Aceptamos pagos en efectivo, tarjeta de crédito o débito.

Si no va a poder asistir a una cita programada, se solicita un aviso de 24 horas. Nos reservamos el derecho de cobrar \$ 30.00 por no acudir a su cita o falta de notificación de la intención de cancelar la cita en el marco de tiempo antes mencionado.

Nos reservamos el derecho de cobrar por la copia de los registros médicos o formularios presentados a la oficina para su finalización. Todas las tarifas están disponibles para su revisión con nuestro Gerente de Oficina.

He leído esta política financiera y entiendo que tengo responsabilidad financiera por el pago de los servicios médicos proporcionados por DACC, y por este medio asumo y garantizo el pago de todos los gastos incurridos durante mi visita a la oficina. Si se requiere una acción legal para asegurar el pago de esta cuenta, acepto pagar los gastos legales incurridos por esta oficina.

Firma del Paciente / Parte Responsable

Fecha