

¡Gracias por elegir a Arizona Pain Specialists! Estamos comprometidos con el éxito de su tratamiento y atención médica. Por favor, comprenda que un entendimiento financiero mutuo es parte de nuestra relación. Revise cuidadosamente esta Política financiera, inicie cada sección y firme el acuerdo para indicar que acepta sus términos.

## **El pago se cobra en el momento del servicio**

1. Todos los copagos, deducibles, coseguros y tarifas por servicios no cubiertos deben pagarse en el momento del servicio, a menos que haya hecho arreglos de pago antes de su cita. Si llega sin su copago, podemos pedirle que re programe su cita. Aceptamos efectivo, cheques, tarjetas de débito y crédito.
2. En caso de que necesite un procedimiento, le proporcionaremos una estimación del monto del deducible y coseguro requerido por su seguro. El pago anticipado de esta estimación se cobra al momento en que se programa el procedimiento o por teléfono antes de la fecha del procedimiento. Nos reservamos el derecho de reprogramar su procedimiento hasta que se hayan realizado los prepagos. Usted es responsable de cualquier saldo impago después de que su compañía de seguros haya procesado su reclamo.
3. Los saldos responsables por el paciente deben pagarse cuando se registra para su cita.
4. Designamos cuentas de pago personal del paciente bajo 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 tarjeta de seguro vigente y vigente en el archivo, o (4) el paciente no tiene una referencia de seguro válida en el archivo.
5. Solicitamos que se notifique por adelantado con al menos 24 horas de anticipación a la oficina si no puede asistir a su cita programada. Esto nos permite divulgar su cita a otro paciente. Se le cobrará una tarifa por cada incidente de acuerdo con el Programa de tarifas públicas. Estos cargos son su responsabilidad personal y no serán facturados a ninguna compañía de seguros. Los pacientes que repetidamente "no se presentan" para 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 a cada cita.
2. Es su responsabilidad notificar a la Práctica de manera oportuna los cambios en su cobertura de seguro de salud. Si la Práctica no puede procesar su reclamo dentro de los límites de presentación de su compañía de seguros de salud, o si no responde a las preguntas de la compañía de seguros debido a un aviso prematuro, 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 enviar el pago de inmediato a la Práctica.

**Inicial:** \_\_\_\_\_

## **Referencias y Autorizaciones**

1. La práctica tiene acuerdos de red específicos con muchas compañías de seguros, pero no todas las compañías de seguros. Es su responsabilidad ponerse en contacto 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 un plan HMO con el que estamos contratados, necesita una autorización de referencia de su médico de atención primaria. Si no hemos recibido una autorización antes de su llegada a la oficina, llame a su médico de atención primaria para obtenerla. Sin una referencia de seguro requerida, la compañía de seguros negará el pago de los servicios. Como tal, si no puede obtener la referencia en ese momento, se le reprogramará o se le pedirá que pague la visita por adelantado. Por supuesto, la

práctica informará a su médico de referencia sobre su plan de atención al paciente y el progreso, ya sea mediante el uso de una transmisión electrónica segura o por un empleado de la práctica.

3. La práctica 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 dicha autorización en su nombre. En última instancia, es su responsabilidad asegurarse de que los servicios que se le brinden sean beneficios cubiertos y autorizados por su compañía de seguros.

Inicial: \_\_\_\_\_

## Facturación y reembolsos

1. Si debemos enviarle un estado de cuenta, el saldo debe pagarse 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 y no ha podido hacer los arreglos de pago (o se ha atrasado en un plan de pago existente), podemos entregar su saldo a una agencia de cobranza y / o un abogado para cobrarlo. Esto puede generar informes adversos a las agencias de crédito y acciones legales adicionales. La práctica se reserva el derecho de rechazar el tratamiento a pacientes con saldos pendientes de más de 120 días. Usted acepta que, para atender su cuenta o cobrar cualquier cantidad que deba, podemos comunicarnos con usted a cualquier número de teléfono asociado con su cuenta, incluidos los números de teléfono celular, que podrían ocasionarle cargos. También podemos comunicarnos con usted por mensaje de texto o correo electrónico, utilizando cualquier dirección de correo electrónico que nos proporcione.
3. Se le cobrará una tarifa por los cheques devueltos de acuerdo con el Programa de tarifas públicas.
4. Nuestra práctica trata a los pacientes independientemente de su estado financiero. Ofrecemos asistencia financiera en forma de un descuento de escala móvil basado en ingresos familiares verificables.
5. Si realiza un sobrepago en su cuenta, emitiremos un reembolso solo si no hay otros saldos pendientes por servicios médicos en su cuenta o en cualquier otra cuenta con la misma parte financiera 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 la Práctica requiera que las personas completen y firmen un Formulario de Autorización de Divulgación y Divulgación de Registros Médicos. Inicial: \_\_\_\_\_
2. La Práctica responderá (a discreción del proveedor) a las solicitudes para completar ciertos formularios médicos (FMLA, Permiso de Estacionamiento por Incapacidad a Corto Plazo e Incapacidad Temporal) asumiendo que el paciente está en buen estado y ha estado activo con la Práctica durante seis ( 6) meses consecutivos. Todas las solicitudes requieren una visita al consultorio. Inicial: \_\_\_\_\_
3. 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 Práctica de Privacidad de la Práctica. Inicial: \_\_\_\_\_
4. Al iniciar esta sección, reconozco que he recibido una copia de la Lista de tarifas públicas de la práctica. Inicial: \_\_\_\_\_
5. Al iniciar esta sección, reconozco que he recibido una copia de la Declaración de los derechos del paciente de la práctica. Inicial: \_\_\_\_\_
6. Al iniciar esta sección, reconozco que he recibido una copia de la Declaración de directiva avanzada de la práctica. Inicial: \_\_\_\_\_

## Código de conducta de práctica

Nos complace servirle y nos complace que haya elegido Arizona Pain como su nuevo proveedor de tratamiento del dolor. Siempre nos esforzaremos por brindarle una atención excepcional.

Las razones por las cuales Arizona Pain puede pedirle que busque servicios de atención médica en otro lugar pueden incluir:

- Comportamiento grosero o violento con el personal en persona o por teléfono: esto también se aplica a los miembros de su familia o amigos
- No presentarse repetidamente, cancelaciones o llegadas tardías continuas para visitas al consultorio o procedimientos.
- Negarse a adherirse al plan de atención según lo indicado por su médico o a seguir el seguro médico o las pautas gubernamentales.
- Solicitudes injustificadas de papeleo de discapacidad.

Nuestra meta es ayudarlo. Por lo tanto, le pedimos que programe y asista a todas las citas de seguimiento, participe en todos los tratamientos y pruebas de diagnóstico.

Inicial: \_\_\_\_\_

### Lista de tarifas públicas

#### ARTÍCULO

#### FEE CHARGED

**No cancelar su cita dentro de las 24 horas del horario programado**

**\$ 50.00 por incidente clínico  
\$ 100.00 por procedimiento o EMG**

**No presentarse a su cita**

**\$ 50.00 por incidente clínico  
\$ 100.00 por procedimiento o EMG**

**Llegadas tardías: si llega 15 minutos después de su hora de llegada, y debemos reprogramar sus cita**

**\$ 50.00 por incidente clínico  
\$ 100.00 por procedimiento o EMG**

**Cargo por cheque de devolución**

**\$ 30.00 por incidente**

**Cumplimiento de los formularios de discapacidad**

**Los costos a continuación son por cada ocurrencia:  
FMLA - \$ 50.00 cada documentacion  
Permiso de estacionamiento para discapacitados temporales - \$ 5.00  
Formulario de discapacidad a corto plazo - \$ 25.00**

### **Acuerdo y asignación de beneficios**

He leído y entiendo la Política financiera de Arizona Pain Specialists, PLLC, y estoy de acuerdo en cumplir sus términos. Por la presente, asigno todos los beneficios médicos y quirúrgicos y autorizo a mi (s) compañía (s) de seguros a emitir pagos 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 mi patrimonio, ejecutores y / o administradores, si corresponde.

Nombre Impreso: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_