



## DYNATEST, INC.

### Financial Policy

---

Gracias por elegir Dynatest, Inc. como su proveedor de terapia física. Estamos comprometidos a proporcionarle el mejor tratamiento posible. Por favor, entienda que el pago de su factura se considera una parte de su atención. La siguiente es una declaración de nuestra Poliza de Pago Financiero que le exigimos que lea y firme antes de cualquier tratamiento.

#### **En Cuanto Al Seguro**

Si usted tiene cobertura de seguro con uno de los planes de seguro con los que estamos contratados, le facturaremos a su compañía de seguros de acuerdo con las pautas de nuestro contrato participante. Como cortesía a nuestros pacientes, presentaremos todas las reclamaciones a la parte de seguro correspondiente. Todos los deducibles y copagos/coseguros se considerarán responsabilidad del paciente y se facturarán al paciente.

Si la reclamación debe ser cubierta por un empleador o un seguro de compensación laboral, requerimos autorización antes de los servicios. Esto asegura que las reclamaciones se envíen de manera oportuna y precisa. Si se deniega la autorización, entonces presentaremos reclamos al seguro personal del paciente.

Si la reclamación está cubierta por una póliza de vehículo de motor debido a un MVA, le pediremos que proporcione la información de contacto de su ajustador y un número de reclamo. Esto asegurará que las reclamaciones se presenten de forma oportuna y precisa. Una vez agotada la póliza de automóviles, presentaremos reclamaciones al seguro personal del paciente con una copia de la carta de agotamiento.

NO presentamos reclamos a abogados. Si las reclamaciones están en litigio, consideraremos el equilibrio de la responsabilidad del paciente. Si un abogado necesita información, puede firmar un Formulario de Liberación Médica y con mucho gusto le proporcionaremos la información necesaria.

Si bien la presentación de reclamaciones de seguro es una cortesía que extendemos a nuestros pacientes, todos los cargos son responsabilidad del paciente a partir de la fecha en que se prestan los servicios. Tenga en cuenta que algunos, y tal vez todos, de los servicios proporcionados pueden ser servicios no cubiertos o considerados irrazonables/innecesarios bajo el Programa Medicare y/u otras pólizas de seguro médico.

Por favor, entienda que su selección de cobertura de seguro es un contrato entre usted y la compañía de seguros. No somos parte en ese contrato.

Requerimos que nuestros pacientes proporcionen una copia actualizada de su tarjeta de seguro y cualquier referencia necesaria en el momento del servicio. Si no puede proporcionar esta información, se le pedirá que pague por los servicios prestados ese día.

Si no está cubierto por una póliza de seguro, se establecerá una póliza de pago para ayudarle.

#### **Si No Tiene Seguro**

Con mucho gusto aceptamos el pago en efectivo, cheque o tarjeta de crédito. **Todos los pagos con tarjeta de debito/credito estara sujetos a una tarifa de procesamiento de 3.5%.** Los cheques de devolución estarán sujetos a una tarifa de servicio adicional de \$35.

Si se representa un estado de cuenta, usted es responsable de un pago rápido o de resolver cualquier disputa con su compañía de seguros en un plazo de 30 días. Si su reclamo está pendiente de litigio, es su responsabilidad mantener su cuenta actualizada hasta que se dicte una decisión final.

Si su cuenta permanece inactiva (sin pago ni comunicación) durante 90 días, se entregará a la agencia de cobro. Cualquier interés, costo judicial u otros cargos de cobro relacionados incurridos serán responsabilidad del paciente.

Si tiene alguna pregunta con respecto a esta información, por favor no dude en preguntar. Estamos aquí para ayudarte.

**Por la presente entiendo la política financiera de esta oficina. Garantizo el pago de todos los cargos incurridos por la cuenta del paciente nombrado a continuación.**

**Nombre Del Paciente:** \_\_\_\_\_ **(por favor imprimir)**

**Firma del Paciente/Persona Responsable:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---