



Responsabilidad Financiera

Tenga en cuenta que usted es totalmente responsable de todos los servicios prestados por Optimal Care & Wellness, independientemente de que dichos servicios estén cubiertos por su seguro o no.

La verificación de elegibilidad y beneficios se realiza cada vez que tiene una visita al consultorio. Sin embargo, según su seguro, tener seguro médico no es una garantía de pago para Optimal Care & Wellness.

Tenga en cuenta que puede estar sujeto a un deducible, un monto de coseguro o un copago del que es posible que no tengamos conocimiento hasta que su compañía de seguros haya procesado el reclamo por la visita al consultorio. Si queda un saldo adeudado después de que su compañía de seguros haya procesado el reclamo; se le enviará un estado de cuenta para el pago. Además, tenga en cuenta que la falta de información de seguro correcta, nueva o adicional de manera oportuna puede generar cargos financieros adicionales. Esto incluye cualquier cobertura de seguro privado y también a AHCCCS.

Los copagos se vencen al momento del servicio. Si usted no tiene seguro, usted acepta pagar por el costo total de los servicios médicos que se presten en el momento del servicio.

Se puede aplicar un copago si se evalúa una enfermedad o si se realiza un procedimiento durante un examen de bienestar.

En el caso de que usted no haya pagado los servicios proporcionados por esta oficina dentro de los 90 días, la cuenta se colocará para cobro a **Collecciones**. Usted entiende y acepta que se agregará al saldo actual adeudado un monto adicional equivalente al 25% del saldo adeudado en el momento en que la cuenta se coloca para su cobro. También acepta pagar una tasa de interés del 10% anual sobre el saldo hasta que se pague en su totalidad el monto adeudado. Además, acepta pagar todos los honorarios y costos de abogados necesarios para cobrar la deuda, incluidos los honorarios y costos incurridos al intentar hacer cumplir este acuerdo antes de la presentación de cualquier demanda.

Yo he leído la declaración anterior, entiendo completamente, y acepto mi responsabilidad financiera for los servicios proporcionados por Optimal Care and Wellness.

Nombre de Paciente

Fecha de nacimiento

Firma del Paciente

Fecha