

RECONOCIMIENTO DE POLÍTICAS DE OFICINA Y DIVULGACIÓN FINANCIERA

Para ser paciente de RF MEDICAL SERVICES, lea y acepte las siguientes políticas y divulgaciones financieras de la oficina. Esto se aplicará a todas las visitas al consultorio en esta práctica.

POLÍTICA BÁSICA: El pago se debe en su totalidad en el momento en que se presta el servicio en nuestra oficina.

PACIENTES CON SEGURO: Facturamos a la mayoría de las compañías de seguros como cortesía si se nos proporciona la documentación adecuada. Los copagos, los coseguros, los deducibles, el costo de los tratamientos no médicos, los reclamos no pagados por falta de derivación y / o las tarifas de No Show / Late Cancel según la política de la oficina son su responsabilidad. Dado que su acuerdo con su compañía de seguros es privado, no investigamos de manera rutinaria por qué alguna compañía de seguros no ha pagado o por qué pagó menos de lo previsto por la atención. Si una compañía de seguros no ha pagado dentro de los 60 días posteriores a la facturación, usted debe pagar los honorarios profesionales en su totalidad.

POLÍTICA DE CANCELACIÓN: Para ser justos con otros pacientes y los médicos, requerimos un aviso de al menos 24 horas para cancelar las citas. Se le cobrará una tarifa no reembolsable de \$ 50 por citas perdidas por paciente. Múltiples ocurrencias resultarán en el despido de la práctica.

POLÍTICA DE CHEQUES DEVUELTOS: Los cheques devueltos resultarán en multas bancarias. Por lo tanto, habrá una tarifa de servicio de \$ 50 por todos los cheques sin fondos.

COLECCIONES: Los saldos, incluidos los que no se han pagado debido a información incorrecta suministrada a la oficina, transacciones de tarjeta incompletas, inválidas o denegadas se considerarán en incumplimiento y se enviarán a una agencia de cobros después de 90 días del primer estado de cuenta sin previo aviso. Se agregará una tarifa de servicio del 35% a todos los saldos enviados a las colecciones.

TARIFA DE TARJETA DE CRÉDITO: Hay una tarifa de \$ 5 por usar una tarjeta de crédito.

AUTORIZACIÓN DE TARJETA DE CREDITO:

Si alguna vez se registró en un hotel o alquiló un automóvil, sabe que lo primero que le solicitan es una tarjeta de crédito, que le damos voluntariamente y que se imprime y luego se utiliza para pagar su factura. Si no se otorga una tarjeta de crédito, generalmente requieren un depósito en efectivo considerable. Esto es una ventaja para usted y para el hotel o la empresa de alquiler, ya que hace que el pago sea más rápido, más fácil y más eficiente.

Hemos implementado una política similar. Se le solicitará una tarjeta de crédito al momento de registrarse, y la información se mantendrá segura hasta que su compañía de seguros haya pagado su parte y nos haya notificado el monto de su parte del reclamo. En ese momento, cualquier saldo restante adeudado por usted se cargará a su tarjeta de crédito. También habrá recibido una explicación de los beneficios de su compañía de seguros y se le habrá informado que hay una parte de la tarifa que es su responsabilidad, por lo que el cargo no le sorprenderá.

Esto será una ventaja para usted ya que ya no tendrá que escribir y enviarnos cheques por correo. También será una ventaja para nosotros, ya que reducirá en gran medida el número de declaraciones que tenemos que generar y enviar. La combinación beneficiará a todos al ayudar a mantener bajos los costos de la atención médica.

Al proporcionarnos la información de su tarjeta de crédito, usted está dando permiso a RF MEDICAL SERVICES para cargar automáticamente su tarjeta de crédito en el archivo por su copago, deducible o cualquier saldo pendiente. Al firmar esto, usted autoriza que este acuerdo permanecerá vigente hasta el vencimiento de la cuenta de la tarjeta de crédito y que puede revocar este formulario en cualquier momento presentando una solicitud por escrito. La información de su tarjeta de crédito se mantiene confidencial y segura y los pagos a su tarjeta se procesan solo después de que su compañía de seguros haya presentado y procesado el reclamo, y la parte del seguro del reclamo se haya publicado en su cuenta, o en el caso de que sea válido la información del seguro no se proporcionó al momento del servicio.

Patient Name: _____

Patient Signature: _____

Date: _____