



Haremos todo lo posible para trabajar con usted y su compañía de seguros para maximizar sus beneficios de atención médica. Es su responsabilidad proporcionarnos información de seguro precisa y actualizada en el momento de cada una de sus citas. Traiga la información de su seguro actual a cada uno de sus servicios. Consideramos que su comprensión completa de su obligación financiera es un elemento esencial de su atención.

**CITAS** : El sistema automatizado de nuestra oficina lo llamará o enviará un mensaje de texto con anticipación para recordarle su cita programada. Es responsabilidad del paciente recordar su cita y avisar a nuestra práctica con 24 horas de antelación si debe cancelar su cita. **Nuestra oficina cobrará una tarifa de cita perdida de \$50.00 por cada cita perdida .**

**COPAGOS Y COASEGUROS** : Todos los copagos y coseguros deben pagarse al momento del servicio. Este es un acuerdo contractual entre usted, su seguro y nuestra práctica. Si no puede cumplir con sus responsabilidades financieras, se reprogramará su cita. Comuníquese con su seguro para conocer sus asignaciones de beneficios. Los copagos y coseguros pueden ser más altos para servicios especializados.

**DEDUCIBLES** : Los deducibles pueden aplicarse o no a nuestros servicios , por lo que es importante que verifique sus beneficios antes de prestar los servicios. Según los beneficios de su seguro, usted puede ser responsable del costo de los servicios realizados según el monto de su deducible en el momento en que se prestan los servicios. En estos casos, solicitaremos el pago o una tarjeta de crédito asegurada en el momento de su cita. Comuníquese con nuestra oficina antes de su cita si tiene alguna pregunta después de haber verificado su deducible con su proveedor.

**PLAN DE PAGO** : Los pacientes con un plan de deducible alto y/o saldos de cuenta elevados pueden calificar para un plan de pago a corto plazo. Es posible que deba tener una tarjeta de crédito activa registrada. Comuníquese con nuestra oficina de facturación para discutirlo.

**SEGURO** : Los pacientes deben proporcionar toda la información actual del seguro al momento del servicio, incluida la presentación de su tarjeta de seguro, prueba de identidad y número de seguro social (cuando sea necesario). A los pacientes que lleguen a su cita sin sus tarjetas de seguro se les pedirá que reprogramen o remitan el pago completo. Si se le solicita que pague en su totalidad y luego se obtiene la información del seguro y los servicios están cubiertos, se le emitirá un reembolso. El paciente es responsable de conocer los detalles de su póliza de seguro y plan de beneficios. Cualquier cambio en su plan de seguro o información debe comunicarse a nuestra oficina. UUANJ no es responsable de obtener la información de sus beneficios.

**RECLAMOS DE SEGURO:** Usted será responsable de cualquier cargo que su seguro no cubra dentro de los 45 días posteriores a la presentación. Es su responsabilidad hacer un seguimiento de cualquier reclamo y saldo de servicio impago. El paciente es responsable de pagar cualquier servicio no cubierto. Podemos facturar un seguro primario y un seguro secundario. No presentamos planes de terceros seguros.

**VENCIMIENTOS Y/O COBROS** : **Se aplicará un cargo de servicio del 1,5 % mensual o 18 % anual a su saldo si el saldo no se paga en su totalidad dentro de los 90 días a partir de la fecha en que se emite el primer estado de cuenta .** Si su cuenta se vuelve morosa o si nuestro intento de asegurar el saldo o el pago falla, la cuenta será revisada para ser colocada en una agencia de cobranza. Si su cuenta se envía a una agencia de cobranza externa, se agregará un cargo adicional de \$30.00 al saldo de la cuenta. Se emiten estados de cuenta mensuales a todos los pacientes con un saldo

de cuenta y el pago vence al recibir el estado de cuenta. Los pacientes son responsables de todos los honorarios judiciales relacionados con el cobro de saldos, a menos que un juez ordene lo contrario.

**REFERENCIAS/AUTORIZACIONES** : Su seguro puede exigirle que obtenga una derivación o autorización de su médico de atención primaria antes de buscar servicios con un especialista. El paciente es responsable de comunicarse con el médico de atención primaria para obtener la derivación. Nuestra práctica no tiene permitido atender pacientes sin una referencia válida según nuestro acuerdo contractual con los proveedores. Usted será responsable de todos los cargos rechazados si lo visitan sin una referencia válida.

**MÉTODOS DE PAGO:** UUANJ acepta pagos en efectivo, giro postal, cheque o tarjeta de crédito/débito. Aceptamos Visa, Mastercard y Discover. Se agregará **un cargo de servicio del 3% a todos los pagos con tarjeta . Hay un cargo de servicio de \$30.00 por cualquier cheque devuelto.** El paciente deberá pagar el saldo adeudado y la tarifa del servicio mediante tarjeta de crédito/débito, giro postal, cheque certificado o pago en efectivo. No se aceptará un cheque personal por un cheque devuelto. Aceptamos pagos en persona, por teléfono, por correo, o puede utilizar nuestro sistema de pago seguro en línea en billpay.uuanj.com.

**PACIENTES QUE PAGAN POR SU CUENTA** : Los pacientes que no tienen un plan de seguro activo o verificado deberán pagar los servicios en el momento del servicio. Si nos proporciona información del seguro después de la fecha del servicio, pero antes de las limitaciones de presentación oportuna de ese seguro, presentaremos el reclamo y le reembolsaremos una vez que su seguro acepte el reclamo.

**SOLICITUD DE EXPEDIENTES MÉDICOS** : Nuestra oficina le proporcionará a usted o a otra entidad en su nombre una copia de sus registros médicos. Se le pedirá que complete una divulgación de información que puede obtener en nuestra oficina. **Los registros médicos solicitados le costarán al paciente \$1,00 por página más nuestra tarifa de procesamiento de \$10,00.**

**FORMULARIOS DE DISCAPACIDAD/FMLA/SEGURO DE VIDA** : Habrá una tarifa única de procesamiento por un monto de \$50.00 para completar cualquier trámite de discapacidad o FMLA por formulario. La tarifa de procesamiento vencerá el día en que presente los formularios, incluidos los formularios enviados mediante envío en línea o por fax. Cualquier instrucción especial debe adjuntarse al formulario.

**ASISTENCIA FINANCIERA** : Nuestra práctica no puede ofrecer asistencia financiera a pacientes con planes de seguro activos. Esto se debe a un acuerdo contractual que tenemos con su proveedor que establece que los pacientes serán responsables de pagar los coseguros, deducibles y copagos según lo establecido en los planes de beneficios de su póliza.

Yo, el abajo firmante, por la presente acepto que he leído y entiendo cada una de las políticas financieras indicadas anteriormente. Esta política reemplaza cualquier acuerdo verbal o renuncia. Si tengo preguntas o inquietudes financieras, me comunicaré con la oficina de facturación para discutir las. Acepto ser financieramente responsable de cualquier saldo adeudado relacionado con los servicios prestados por University Urology Associates of New Jersey o sus socios.

⇒ \_\_\_\_\_

**Imprimir Paciente Nombre**

**fecha**

⇒ \_\_\_\_\_

**Firma del paciente**