

## **POLIZA FINANCIERA PARA PACIENTES DE DR. NEIL HECHT**

Pago completo es requerido al momento de recibir los servicios profesionales, al menos que otros arreglos hayan sido hechos antes de su visita.

Pagos de deducibles, co-pagos y la porción que no a sido pagada de aseguranza será requerida al momento de recibir servicios profesionales.

Si usted tiene aseguranza medica, su cuenta será enviada a su aseguranza. Usted es responsable de pagar la porción que no ha sido pagado por su aseguranza después de 30 días.

### **MEDICARE**

Si usted tiene Medicare, usted recibirá un cobro por lo que Medicare no paga. Por cortesía del doctor su cuenta será enviada a su segunda aseguranza. Dr. Hecht es proveedor de Medicare. La ley federal requiere que todos los pacientes reciban un cobro por el 20% que no paga Medicare por servicios no cubiertos y su deducible anual de \$155.00. (Esto excluye a pacientes con Medical valido).

### **HMO**

Si usted recibe una autorización para servicios profesionales, usted será responsable solamente por el co-pago establecido por su aseguranza.

### **TODOS LOS PACIENTES**

Yo estoy de acuerdo en que Dr. Hecht acepte pagos de mi compañía de aseguranza, sin embargo yo tomo responsabilidad financiera por mis co-pagos, deducibles, y cualquier cantidad no cubierta por mi aseguranza.

Por favor recuerde que su aseguranza es consideradas un método de pago para su cuidado medico. Algunas compañías pagan solo concesiones fijas para ciertos procedimientos y otras pagan solo un porcentaje del cargo. Con su firma, acuerda que es su responsabilidad pagar por cualquier deducible, co-aseguranza, co-pago, o cualquier cantidad de pagada por su aseguranza. Nuestra oficina no es responsable por la información inexacta o incompleta suministrada por usted o por su compañía de seguros, y usted acepta responsabilidad total de pago que usted o su aseguranza subministre hacia nosotros con información incompleta, equivocada o falsa. En orden de controlar nuestro costo de facturas, co-pagos de oficina, co aseguranza y deducibles tienen que ser pagados el día que el paciente es visto.

**Yo e leído y entendido el estado de la póliza financiera y estoy de acuerdo a pagar por los servicios profesionales que yo reciba y a pagar cualquier colección y costos legales que sean causados por no pagar de acuerdo esta póliza.**

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

---

**Firma de paciente/ guardián legal**

**Nota: Aceptamos lo que su seguro permite como el honorario correcto si somos contratados con esa compañía. Esto es de no ser confundido con lo que su compañía de seguros puede pagar, puede ver co-pagos adicionales, deducibles, y otros pagos requeridos por usted.**