



POLÍTICA FINANCIERA Y ACUERDO CON EL PACIENTE

SE ESPERA EL PAGO, EN EL MOMENTO DEL SERVICIO, POR "SU PARTE" DE LOS CARGOS. ACEPTAMOS EFECTIVO, CHEQUES Y LA MAYORÍA DE LAS PRINCIPALES TARJETAS DE CRÉDITO PARA SU CONVENIENCIA. REQUERIMOS QUE LEA LA POLÍTICA FINANCIERA Y LA LEY DE FACTURACIÓN SORPRESA POR COMPLETO Y FIRME ANTES DEL TRATAMIENTO.

BIOPSIA - Al firmar a continuación, entiendo que se pueden realizar biopsias. Las biopsias generalmente son facturadas directamente por el Centro de Cáncer de Piel y Dermatología a mi seguro. A veces, las biopsias pueden enviarse directamente a un laboratorio externo o para una segunda opinión. Entiendo que el laboratorio externo facturará mi seguro directamente, y puedo ser responsable del costo adicional incurrido.

SEGURO - El paciente es responsable de poner a disposición de la Práctica información completa del seguro para presentar reclamos con precisión. La información del seguro incluye referencias de otros proveedores para la cobertura de seguro primario y secundario y todas las tarjetas o documentos de identificación y beneficios. El paciente acepta que, si la compañía de seguros niega los beneficios, el paciente es inmediatamente responsable del monto total de la factura. El pago se debe realizar en el momento del servicio por servicios no cubiertos por el plan de beneficios del paciente. Si la práctica tiene un acuerdo con la compañía de seguros del paciente, aceptaremos el pago de la compañía de seguros por los servicios cubiertos por el plan de beneficios del paciente. El pago del seguro de indemnización se aplica directamente a la cuenta del paciente, y el paciente acepta pagar el saldo. Los deducibles, coseguros y copagos **vencen en el momento del servicio** y se cobran antes de que se proporcione el servicio.

SEGURO HMO-ENTIENDO QUE MI SEGURO PUEDE requerir autorización previa y / o referencia para cada visita. Tendré que reprogramar mi cita o firmar un acuerdo de exención aceptando la responsabilidad financiera si no se obtiene una referencia / autorización para mi procedimiento para cada visita.

VISITA PREVENTIVA/BIENESTAR— Seguro NO considera todos los servicios de Dermatología como preventivos/bienestar y no pueden facturarse como tales. Por lo tanto, los copagos, coseguros y/o deducibles son responsabilidad del paciente.

FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE FACTURACIÓN DE SALDO SORPRESA - A partir del 1 de enero de 2022, según el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS), que lo protege de la "facturación sorpresa", también conocida como "facturación de saldo". Si usted es visto por un proveedor de atención médica o utiliza servicios en un centro o agencia, no en la red de proveedores de su plan de seguro médico, a veces denominado "fuera de la red", es posible que reciba una factura por los costos adicionales asociados con esa atención. Los proveedores de atención médica fuera de la red a menudo le facturan la diferencia entre lo que su aseguradora decide que es el cargo elegible y lo que el proveedor fuera de la red factura como el cargo total. Esto se llama facturación "sorpresa" o "saldo".

Estas protecciones se aplican cuando:

1. Usted recibe servicios de emergencia cubiertos, que no sean servicios de ambulancia, de un proveedor fuera de la red en Colorado y/o
2. Usted recibe involuntariamente servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red en una instalación dentro de la red en Colorado

SEGURO FUERA DE LA RED – El paciente debe reconocer que es responsable de pagar el monto total **adeudado en el momento del servicio**, a menos que la Práctica tenga un acuerdo con la compañía de seguros del paciente para pagos alternativos y / o con el consentimiento del paciente de un seguro fuera de la red. Como cortesía, la Práctica puede presentar reclamos de seguros con todas las compañías de seguros estándar. Por lo general, una exención fuera de la red es firmada por el paciente, tutor o representante del paciente para cualquier proveedor o instalación fuera de la red; por lo tanto, se le factura en consecuencia en función de los cargos elegibles del seguro.

PACIENTES DE TRICARE PRIME – Entiendo que mi seguro requiere autorización previa y / o referencia para cada visita. Tendré que reprogramar mi cita o firmar un acuerdo de exención aceptando la responsabilidad financiera del Punto de Servicio si no se obtiene una referencia / autorización para mi procedimiento para cada visita.



TARIFAS DE CITAS PERDIDAS / TARIFAS DE NSF - Nuestra política establece que, si reprograma, cancela o falta a más de tres (3) citas, puede estar sujeto a la tarifa de reprogramación de cincuenta dólares (\$50.00). Requerimos un aviso mínimo de setenta y dos (72) horas para reprogramar **todos los** procedimientos, incluidos los cosméticos, o veinticuatro (24) horas para visitas regulares al consultorio. Se agregará una tarifa de veinticinco dólares (\$25.00) a su cuenta por cualquier cheque devuelto.

TARIFAS DE COBRO - Entiendo que debo notificar al departamento de facturación de los cambios en el acuerdo financiero. Entiendo que la falta de pago de los saldos pendientes podría resultar en ser entregado a cobros y / o despido de la práctica. Seré responsable de **todos los cargos** incurridos si mi cuenta está en mora. Dichas cuentas están sujetas a cargos financieros, tarifas de cobro (treinta [30%] por ciento del saldo adeudado) y honorarios razonables de abogados. A cualquier saldo impago se le cobrará un interés adicional a una tasa del dieciocho (18%) por ciento mensual. Por la presente autorizo a este proveedor y a sus empleados, agentes y cesionarios a comunicarse conmigo a través de mensajes y a mi dispositivo móvil/celular usando un teléfono automatizado sistema de marcación. Una adición a este documento necesita aprobación administrativa para arreglos financieros especiales.

PARTE FINANCIERA RESPONSABLE - De acuerdo con la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, los pacientes pueden estar en el seguro de sus padres / tutores hasta los veintiséis (26) años. Sin embargo, la parte responsable incumplirá con el paciente a menos que el paciente sea menor de dieciocho (18) años, entonces incumplirá con el titular principal de la póliza asegurada. Notifique al representante de servicio al paciente si desea que la parte responsable sea alguien que no sea el titular principal de la póliza de seguro. En última instancia, la persona que firma el acuerdo financiero es responsable. Los estados de cuenta y las notificaciones de cobro se envían al titular principal de la póliza asegurada a menos que el paciente informe al representante de servicio al paciente lo contrario.

PRODUCTOS Y PROCEDIMIENTOS COSMÉTICOS - Los productos vendidos por la Práctica están sujetos al impuesto sobre las ventas. Los productos y procedimientos cosméticos no son servicios facturables según las pautas del seguro y, por lo tanto, el pago debe realizarse en su totalidad en el momento del servicio.

MEDICAID – Tara Burton, PA-C, es una proveedora no contratada con Medicaid y no puede atender a pacientes con Medicaid como seguro primario. Si el paciente tiene Medicaid como secundario, según la Ley de Asistencia Médica de Colorado, el paciente puede recibir servicios de Tara Burton, PA-C, **PERO** será responsable de cualquier saldo del paciente después de que su seguro primario/no Medicaid procese su reclamo.

ACUERDO FINANCIERO - El paciente también autoriza el intercambio de información relacionada con la atención y las reclamaciones con las compañías de seguros del paciente, sus intermediarios, transportistas, médico remitente y médicos de atención primaria. El paciente autoriza que los pagos del seguro se realicen directamente a la Práctica por los servicios prestados. El pago por parte de la compañía de seguros enviado directamente al paciente debe ser reembolsado por el paciente a la práctica. Autorizo a la Práctica a divulgar cualquier información médica o de otro tipo necesaria para procesar mi reclamo a mi seguro primario, secundario y terciario para determinar los beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados.

Al firmar a continuación, autorizo y doy mi consentimiento para el examen, tratamientos, biopsias y procedimientos que puedan considerarse necesarios o aconsejables para el diagnóstico o tratamiento de mi caso mediante la evaluación de mi proveedor. Independientemente de si mi seguro paga por los servicios, entiendo que soy financieramente responsable. Autorizo que se apliquen montos de crédito a cualquier saldo adeudado en mi cuenta, independientemente de la fecha de pago.

NOMBRE IMPRESO DEL PACIENTE

NOMBRE IMPRESO DEL GUARDIAN/PERSONA LEGALMENTE RESPONSABLE (SI ES DIFERENTE)

FIRMA DEL PACIENTE/GUARDIAN/RESPONSABLE

FECHA

☐ SOLICITÉ UNA COPIA DEL ACTO SORPRESA

☐ RECHACÉ UNA COPIA DEL ACTO SORPRESA