



Términos y Condiciones para el Tratamiento

Política Financiera

Política Básica Pago por servicio rendido en nuestra oficina se paga por completo a la hora de servicio. Se cobrara un honorario de \$35.00 para cualquier cheque devuelto.

Para los Pacientes con Seguro Mandamos cobros a la mayoría de los proveedores de seguro si usted nos proporciona el papeleo apropiado. También mandaremos cobros a la mayoría de las compañías de seguros secundarias para usted. Copagos y deducibles se deben a la hora de servicio. De acuerdo su convenio es con su proveedor de seguro es privado, regularmente no investigamos porqué un proveedor de seguro no ha pagado o porqué nos pagó menos de lo anticipado para servicios. Si un proveedor de seguro no ha pagado en un plazo de 60 días de mandar cobros, los honorarios profesionales están a cobro para ser pagados por completo por usted, y ha usted se le puede cobrar un honorario adicional de \$5.00.

Pacientes de Medicare Le mandaremos los cobros a Medicare por usted. También mandaremos los cobros los proveedores de seguro secundarios para usted. Todos los copagos o deducibles se deben a la hora de servicio.

Servicios No Cubiertos Cualquier cuidado no pagado por su cobertura de seguro existente requerirán el pago por completo cuando los servicios se proporcionan o después de aviso de la negación del cobro al seguro.

Casos de Lesiones Personales Esta oficina no manda cobros por accidentes automóviles, lesiones de trabajo, u otros casos del responsabilidad o pleito-relacionados. Usted es responsable del pago a la hora de servicio. No aceptamos embargos preventivos.

Asignación de beneficio de seguro *(los pacientes con seguro por favor lean y firmen abajo.)*

Por este medio asigno todas las beneficios médicos y/o quirúrgicos, para incluir las beneficios médicos importantes a las cuales me dan derecho, seguro privado, y cualquier otro plan de la salud, a Cucamonga Valley Medical Group, Inc. Esta asignación quedará en efecto hasta ser revocado por mí por escrito. Una fotocopia de esta asignación debe ser considerada válida como original. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cobros independientemente de si es pagado por el seguro dicho. Autorizo por este medio al cesionario dicho a divulgar información médica y todo otra necesaria para asegurar el pago.

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE (USE LETRA DE MOLDE POR FAVOR)

FECHA DE NACIMIENTO

FIRMA DEL PACIENTE (PADRE O ENCARGADO SI PACIENTE ES MENOR DE EDAD)

FECHA

Pacientes de Medicare: Con firma en el archivo *(omita la casilla si usted no tiene Medicare.)*

Pido el pago de los beneficios autorizadas de Seguro de enfermedad para mí o que se haga a mi nombre por Cucamonga Valley Medical Group, Inc. para cualquier servicio que se me suministró del abastecedor/del proveedor mencionado. Autorizo cualquier titular de información médica sobre mí que divulga la misma a la administración del financiamiento del cuidado médico y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios pagaderos a los servicios relacionados. Entiendo que mi firma pide que el pago esté hecho y que autoriza divulgación de la información médica necesario pagar los cobros. Si el “otro seguro médico” se indica en el punto 9 de la forma HCFA-1500 o a otra parte en otro formulario de cobros aprobados o cobros electrónicamente presentados, mi firma autoriza la liberación de la información al asegurador o a la agencia demostrada. En los casos asignados de Medicare, el abastecedor o

el surtidor acuerda aceptar la determinación del cobro del proveedor Medicare como cobro completo, y el paciente es responsable solamente del deducible, del co-seguro, y de los servicios no cubiertos. El co-seguro y el deducible se basan sobre la determinación del cobro del proveedor de Medicare.



CUCAMONGA VALLEY™
MEDICAL GROUP

Términos y Condiciones para el Tratamiento

NOMBRE DEL PACIENTE (USE LETRA DE MOLDE POR FAVOR)

NUMERO DE MEDICARE DEL PACIENTE

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

Cucamonga Valley Medical Group

PROVEEDOR

Consentimiento al Tratamiento Médico:

Consiento a los procedimientos que se pueden realizar durante las visitas de la oficina, incluyendo pero limitado al tratamiento o a los procedimientos médicos o quirúrgicos, a los exámenes de radiografía, a procedimientos de laboratorio o a la anestesia rendidos bajo cuidado del médico que me trata.

He leído, he entendido, y he convenido la política financiera susodicha para el pago de honorarios profesionales, y consentimiento de tratamiento médico. **El paciente es en última instancia responsable de todos los honorarios profesionales.**

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE (USE LETRA DE MOLDE POR FAVOR)

FECHA DE NACIMIENTO

FIRMA DEL PACIENTE (PADRE O ENCARGADO SI PACIENTE ES MENOR DE EDAD)

FECHA