

Responsabilidad financiera del paciente

Para reducir la confusión y los malentendidos entre nuestros pacientes y la práctica, hemos adoptado ciertas políticas financieras que se incluyeron en sus documentos de pacientes nuevos. Si desea otra copia de estas políticas, solicite una copia en la recepción. Si tiene alguna pregunta sobre estas políticas, discútalas con nuestro Gerente de oficina. Estamos dedicados a brindarle la mejor atención y servicio posibles, y consideramos que su completa comprensión de sus responsabilidades financieras es un elemento esencial de su atención y tratamiento. A menos que usted o su compañía de seguros de salud hayan hecho otros arreglos por adelantado, el pago completo se debe en el momento del servicio. Para su comodidad, aceptamos Discover, MasterCard, Visa, efectivo y cheques personales.

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Cuenta corriente (estimado) saldo \$ _____ El día de hoy ____/____/____

Si tiene un saldo en su cuenta, le solicitamos que se comuniqué con nuestro departamento de facturación dentro de los próximos 10 días para resolver su saldo. Llame al 512-458-8400 e ingrese la extensión 1231 dentro del sistema automatizado. La falta de pago puede hacer que su cuenta se envíe a una agencia de cobros. Se agregará a su cuenta una tarifa de cobro del 30% de su saldo total. Para evitar que este saldo afecte su crédito, le recomendamos encarecidamente que haga arreglos para resolver este saldo dentro de los próximos 10 días. Esto también podría afectar las citas futuras de ser programadas. Además, asegúrese de que su información de contacto se haya actualizado con la recepción para que pueda recibir la correspondencia de nuestra oficina.

OPCIONES DISPONIBLES PARA USTED (seleccione una a continuación):

- Pagar el saldo en su totalidad.
- Pague el 50% del saldo inmediatamente y deje la tarjeta de crédito archivada para ser cargada mensualmente. **Mínimo de \$ 50 / mes requerido**
- Coloque la tarjeta de crédito en el archivo que se debitará por el monto total una vez que la reclamación se haya procesado y el seguro haya determinado la parte de "responsabilidad del paciente".
- O Pague el saldo a la brevedad posible antes de que la cuenta tenga más de 90 días de vencimiento. Puede pagar: en la oficina, por teléfono, por correo o en línea en www.texasdiabetes.com

Estoy de acuerdo en autorizar a Texas Diabetes & Endocrinology, PA a cargar mi tarjeta de crédito mensualmente en el día y la cantidad que se indica a continuación hasta que el saldo se pague por completo. Si el pago es rechazado, haremos 3 intentos para contactarlo. Si no podemos comunicarnos con usted, su cuenta se transferirá a una agencia de cobranza y usted recibirá una baja formal de nuestra oficina.

Número de tarjeta de crédito

Fecha de caducidad

Código de seguridad

Dirección de facturación de tarjeta de crédito

Monto del pago mensual *(si se selecciona la 2da opción)*

Día del mes a ser cargado *(no puede ser 29, 30 o 31)*

Firma

Imprimir Nombre

Firma del testigo *(solo personal de la oficina)*

Nombre del testigo impreso *(solo personal de la oficina)*

Fecha