

## **POLÍTICAS FINANCIERAS**

Gracias por elegir **Colorado Retina Associates** como su proveedor de atención médica. Si bien su salud y bienestar son nuestra principal preocupación, sabemos que el costo de la atención médica es un problema para muchos pacientes. Ofrecemos la siguiente información para ayudarlo a comprender nuestras políticas financieras y ayudarlo a planificar el pago. Revise detenidamente la información y consulte a nuestro personal si tiene alguna pregunta. Las políticas financieras que se detallan a continuación son una condición para recibir atención en nuestra práctica.

### **Seguro**

Traiga su(s) tarjeta(s) de seguro cuando visite nuestra práctica, ya que necesitamos una copia para su expediente. Es su responsabilidad asegurarse de que tengamos registrada la información de su seguro actual para que podamos presentarles un reclamo de pago en su nombre. Participamos con todas las principales compañías de seguros y la mayoría de los planes de seguro; sin embargo, es su responsabilidad confirmar con su aseguradora que Colorado Retina Associates participa en su plan. Puede hacerlo llamando al número de teléfono de Servicios para Miembros que figura en el reverso de su tarjeta de seguro actual.

### **Copagos**

Los copagos vencen cuando se registra en nuestra recepción para su cita. Aceptamos efectivo, cheque, VISA, Mastercard, American Express y Discover. Es posible que cobremos una tarifa de conveniencia de facturación de \$25.00 sobre los copagos no pagados al momento del servicio. Los gastos de conveniencia no están cubiertos por el seguro y usted será totalmente responsable financieramente de pagarlos.

### **Cheques devueltos**

A todos los cheques devueltos se les aplica un cargo por cheque devuelto de \$30. Es importante que resuelva los cheques devueltos con prontitud o podemos enviar su cuenta a una agencia de cobranza externa.

### **No presentarse y cancelaciones tardías**

Por favor, avísenos con al menos 24 horas de antelación si no puede asistir a una cita.

### **Medicamentos inyectables**

Si el medicamento para su inyección se solicita a través de una farmacia especializada, deberá pagarle a la farmacia el medicamento antes de su cita o su cita será reprogramada.

### **Responsabilidad financiera**

Si está asegurado, usted es financieramente responsable del pago de su deducible, copago, coseguro y cualquier monto que exceda lo que paga su compañía de seguros, excepto cuando esté exento por acuerdo contractual. Usted es responsable de cumplir con cualquier requisito que su compañía de seguros pueda tener con respecto a las referencias,

y es su responsabilidad asegurarse de que tengamos una referencia válida archivada si su plan lo requiere.

### **Auto pago**

Si usted es “pago por cuenta propia” porque no tiene seguro médico u opta por no utilizar sus beneficios de salud, usted es financieramente responsable del pago total en el momento del servicio, a menos que haya hecho otros arreglos antes de recibir atención.

### **Balanzas de pacientes**

Enviamos estados de cuenta de los pacientes mensualmente y su pago vence al recibirlo. Si no recibimos su pago o una llamada telefónica suya para establecer acuerdos de pago, es posible que no se le permita programar citas futuras y que su cuenta se envíe a una agencia de cobranza externa. Le transferiremos cualquier tarifa cobrada por la agencia de cobranza externa. En el desafortunado caso de que debamos buscar asistencia legal para obtener su pago por los servicios prestados, le pasaremos los honorarios legales asociados.

### **Dificultad financiera**

Ofrecemos varias opciones de pago, incluidos planes de pago y atención con descuento. La atención puede tener un descuento de hasta el 100 % en circunstancias que califiquen. Para ser considerado para atención con descuento se requiere una solicitud, comprobante de ingresos y copias de declaraciones de impuestos y extractos bancarios. Puede solicitar una solicitud llamando a nuestro Departamento de Facturación al (303) 261-1592.

### **Asignación de Beneficios**

Por la presente, usted autoriza el pago de sus beneficios de seguro médico (y, si corresponde, beneficios gubernamentales) directamente a Colorado Retina Associates por los servicios de atención médica que le hemos brindado.

**Reconocimiento:** HE LEÍDO LA POLÍTICA FINANCIERA ANTERIOR Y/O ME HA SIDO EXPLICADA COMPLETAMENTE Y ENTIENDO SU CONTENIDO.

Nombre del paciente en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

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

**Firma:** \_\_\_\_\_

Si es representante legal, proporcione relación con el paciente: \_\_\_\_\_

COLORADO RETINA ASSOCIATES ES UN MIEMBRO ORGULLOSO DE