



United Neuroscience, Inc.

9330 Stockdale Highway, Suite 200, Bakersfield, CA. 93311, United States.

ACUERDO FINANCIERO, CESIÓN DE BENEFICIOS Y CITAS PERDIDAS

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha: _____

Acuerdo financiero

Gracias por elegir nuestra práctica para sus necesidades de atención médica. Nos comprometemos a brindarle atención médica de calidad. Este acuerdo establece sus responsabilidades financieras.

Seguro médico

Como cortesía, presentaremos reclamaciones a su compañía de seguros cuando corresponda. La verificación de los beneficios del seguro no garantiza el pago. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros.

Usted es responsable de:

- Todos los copagos, coseguros, deducibles y servicios no cubiertos aplicables.
- Cargos rechazados por su compañía de seguros debido a problemas de elegibilidad, falta de autorización (cuando su plan de salud la requiera), servicios no cubiertos, limitaciones de beneficios o incumplimiento de los requisitos de su póliza.
- Cualquier saldo restante después de que su compañía de seguros haya procesado su reclamación, a menos que la ley o el contrato de su proveedor con su plan de salud lo prohíban.

Se espera el pago al momento de recibir los servicios, a menos que se hayan aprobado previamente otros acuerdos de pago.

Pacientes que pagan por cuenta propia

Los pacientes sin seguro o aquellos que elijan no facturar al seguro son responsables del pago total al momento del servicio, a menos que se hayan establecido otros acuerdos.

Cheques devueltos

Se puede cobrar una tarifa de \$25.00 por cheques devueltos o pagos electrónicos rechazados, según lo permita la ley aplicable.

9330 Stockdale Highway, Suite 200, Bakersfield, CA. 93311, United States.

Email: UNI@unitedneuroscience.org

www.unitedneuroscience.org

Phone: 661-324-0500. Fax: 661-324-0600

Cuentas vencidas

Los saldos que no se paguen dentro de los 60 días posteriores al primer estado de cuenta pueden estar sujetos a gestiones de cobro. Si su cuenta se remite a una agencia de cobros o a un abogado, usted puede ser responsable de los costos de cobro en la medida permitida por la ley.

Citas perdidas

Se puede cobrar una tarifa de \$50.00 por citas a las que no se asista o que se cancelen sin proporcionar al menos 24 horas de aviso, en la medida permitida por la ley aplicable y su contrato de seguro. Los pacientes que no se presenten a dos (2) citas dentro de un período de 12 meses pueden perder la posibilidad de programar futuras citas con nuestra oficina.

Registros médicos y formularios

Las tarifas por copias de registros médicos se cobrarán de acuerdo con la ley aplicable de California. También pueden aplicarse tarifas por completar formularios, documentación de discapacidad, formularios de FMLA u otras solicitudes administrativas que no estén cubiertas por el seguro, cuando la ley lo permita. Se notificará a los pacientes sobre cualquier tarifa aplicable antes de realizar los servicios.

Cesión de beneficios

Por la presente autorizo el pago de mis beneficios médicos directamente a la práctica mencionada anteriormente por los servicios prestados a mí o a mis dependientes.

Cedo a la práctica todos los beneficios médicos y/o quirúrgicos, incluidos los beneficios médicos mayores, seguros privados, Medicare, Medicaid/Medi-Cal (cuando se permita la cesión) y cualquier otro beneficio de planes de salud pagadero por los servicios prestados.

Esta cesión permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito, salvo que la ley prohíba lo contrario.

Autorizo a la práctica a divulgar la información médica y otra información necesaria para procesar reclamaciones de seguros, obtener pagos o coordinar mi atención médica, de conformidad con las leyes federales y estatales de privacidad aplicables.

Entiendo que si mi compañía de seguros me envía directamente el pago por los servicios prestados por esta práctica, soy responsable de enviar inmediatamente dicho pago a la práctica.

Entiendo que sigo siendo financieramente responsable de todos los cargos que no sean pagados por mi compañía de seguros, excepto cuando la ley o el acuerdo de participación del proveedor con mi plan de salud lo prohíba.

Reconocimiento del paciente

I have read and understand this Acuerdo financiero and Cesión de beneficios. I have had the opportunity to ask questions regarding my financial responsibilities.

Acepto cumplir con las políticas descritas anteriormente.

9330 Stockdale Highway, Suite 200, Bakersfield, CA. 93311, United States.

Email: UNI@unitedneuroscience.org

www.unitedneuroscience.org

Phone: 661-324-0500. Fax: 661-324-0600

Firma del paciente/persona responsable: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Relación con el paciente (si corresponde): _____

Fecha: _____

9330 Stockdale Highway, Suite 200, Bakersfield, CA. 93311, United States.

Email: UNI@unitedneuroscience.org

www.unitedneuroscience.org

Phone: 661-324-0500. Fax: 661-324-0600