



Desert
Perinatal
ASSOCIATES

9280 West Sunset Road, Suite 236 • Las Vegas, Nevada 89148
Phone: (702) 341-6610 • Fax: (702) 341-6961

Reconocimiento Financiero de Responsabilidad

Gracias por escogernos para su medico de asistencia de salud. El siguiente es nuestra política financiera. Si usted tiene cualquier pregunta o preocupación acerca de nuestras políticas de pago, por favor no dude en preguntar nuestro gerente de factura.

Todos los deductibles, co-pagos y cargos aplicables son debidos en el tiempo de servicio. Sin NIGUNA EXCEPCION. Todos los honorarios de cirugías deben ser pagados en completo antes de la fecha de su cirugía sin NINGUNA EXCEPCION. Aceptamos cash, cheque, y para su conveniencia mastercard, visa, Discover, American Express. Si **Desert Perinatal Associates** esta contratado con su compañía de aseguransa nosotros someteremos su reclamo (s) a su compañía de seguros. Si sus beneficios o compañía cambian es su responsabilidad de notificar a nuestra oficina inmediatamente.

Usted debe de entender lo siguiente:

1. su póliza de seguros es un contrato entre usted, la compañía en cuál trabaja y su aseguransa. Nosotros no somos parte de ese contrato. Nuestra relación es con usted, no con su compañía de seguros.
2. Todos los cargos son su responsabilidad, aun si su compañía de seguros no paga. No todos los servicios son cubridos en sus beneficios o en todos los contratos. Algunas compañías de seguros arbitrariamente escoge ciertos servicios, que ellos no cubrirán. Los honorarios para estos servicios, junto con sus deductibles y co-pagos, son debidos en el tiempo del tratamiento. Usted es responsable de esa cantidad.
3. Usted es responsable de saber sus beneficios de seguro. ¿Como si su seguro requiere una referencia de su medico?. ¿Toman parte en su plan nuestro medico? ¿Que locales toman parte en su plan? Si le podemos asistir por favor pregunte.
4. Si la compañía de seguros no paga todos los cargos dentro de 30 días, nosotros le preguntaremos Que usted se ponga en contacto con el portado de su seguro. Si a los 45 días su aseguransa no a pagado nosotros le requerimos que usted pague el balance con cash, cheque, o con tarjeta de crédito.
5. El regreso de un cheque sin fondos será transferido automáticamente a una agencia de colecciones usted es responsable de todos honorarios relacionados con su cheque sin fondos, reservamos el derecho de no aceptar pagos hechos por cheque.
6. balances atrasados más de 60 días será la responsabilidad del paciente y se le agregará cargos de 2% de interés por cada mes, Aun que haga hechos arreglos de pago.
7. Usted será responsable de los honrarais de colección de los gastos judiciales, y costos del tribunal.

Nosotros entendemos que pueda tener problemas financieros temporarios y puedan afectar sus pagos de su cuenta. Nosotros le pedimos que se comunique con nuestra oficina por si tiene problemas para que nosotros le puédanos ayudar en la administración de su cuenta.

Firma de paciente _____ Fecha _____

Imprima su nombre _____