

SAN JUAN HEALTHCARE FACTURACIÓN Y POLÍTICA FINANCIERA

1. **Los copagos de seguro se deben pagar el día del servicio.**

2. **Si no tiene seguro de salud, debe pagar un pago mínimo de \$ 50 al momento del servicio** . Ofrecemos un 15% de descuento cuando los servicios del proveedor se pagan en su totalidad el día de la visita. El descuento no se aplica a los servicios de laboratorio.

3. **Por favor presente su tarjeta de seguro para verificación en cada visita.**

4. **Usted es responsable de los saldos después de procesar el seguro** . Si usted tiene Seguro, el contrato es entre usted y su compañía de seguros.

5. **Los Servicios Automatizados de Salud de Bellingham (AHS) procesan nuestra facturación.** Si tiene alguna pregunta sobre su cuenta, comuníquese con ellos al 1-888-729-7202. También puede pagar su factura por teléfono, correo o en persona con cheque, efectivo, VISA o MASTERCARD en la ubicación de Friday Harbor.

6. **Conozca sus beneficios de seguro.** Lo que está cubierto, lo que no es ¿Plazo de tiempo = anual, 24 meses? Haremos todos los esfuerzos posibles para codificar y facturar a su aseguradora adecuadamente. No podemos cambiar los códigos de facturación y diagnósticos después de enviarlos; hacerlo así se considera fraude. Usted es responsable de cualquier servicio prestado que su aseguradora rechace como un servicio no cubierto.

7. **Hay un cargo por devolución de cheque de \$ 35.00.**

8. **Las cuentas vencidas serán remitidas para su recolección a nuestra discreción.**

9. **Hay una tarifa NO SHOW de \$ 50.00 si no recibimos una notificación dentro de las 24 horas posteriores a la cancelación.** Si tiene seguro de Medicare o Medicaid, deberá este arancel, no a su proveedor de seguro.

Divulgación de beneficios e información: autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente a mi proveedor de atención médica. Soy financieramente responsable de los servicios no cubiertos. También doy permiso para la divulgación de la información requerida para procesar el reclamo. Acepto las políticas de facturación como se explicó anteriormente y acepto que soy responsable de cualquier saldo adeudado.

Nombre del paciente: _____

Nombre del garante: _____ Relación: _____

Fecha de firma _____

F: Formularios de oficina / POLÍTICA DE FACTURACIÓN
Revisado 01/09/2007