

S. Reed Shimamoto, MD • Neal Jain, MD

Política Financiera

Nuestro objetivo es proporcionar y mantener una buena relación médico-paciente. Que le permite saber de antemano de nuestra política de la oficina permite un buen flujo de comunicación y nos permite alcanzar nuestro objetivo. Por favor lea esto cuidadosamente y si usted tiene alguna pregunta, por favor no dude en preguntar a un miembro de nuestro personal.

1. A su llegada, por favor registrarse en la recepción y presente su tarjeta de seguro vigente en cada visita. Se le pedirá que firme y salí con la copia de archivos de la tarjeta. Esta es su verificación del seguro y el consentimiento para facturar a ellos en nombre de usted o su asegurado correcta.
2. De acuerdo con su plan de seguro, usted es responsable por cualquier y todos los co-pagos, deducibles y coseguros.
3. Vamos a presentar a su seguro secundario, como una cortesía para usted. Si la secundaria no cubre el saldo adeudado del seguro principal, USTED ES RESPONSABLE DE LAS BALANZAS POR SU CUENTA.
4. Es su responsabilidad entender su plan de beneficios de seguro, y para saber si se requiere una derivación o autorización por escrito para consultar a especialistas. Su seguro talvez se requiere una autorización previa antes de un procedimiento. Nosotros le instamos encarecidamente ponerse en contacto con su compañía de seguros antes de su cita para la cobertura detallada de beneficios, limitaciones políticas, y los servicios no cubiertos.
5. Si nuestros médicos no participan en su plan de seguro, el pago total se espera de usted en el momento de su visita al consultorio. Para las citas programadas, los saldos anteriores deben ser pagados antes de su próxima cita.
6. Si usted no tiene seguro, el pago por su visita al consultorio se debe pagar en el momento de la visita.
7. Los co-pagos son debidos en el momento del servicio. Si usted deja de tener su co-pago se le puede pedir a una nueva cita.
8. Citas perdidas no sólo le afectan, pero otros pacientes en espera de ser visto. Si usted no puede asistir a su cita, se requiere un aviso de 24 horas para cancelar lo que podemos abrir este tiempo para otros pacientes para programar. Si usted no llama dentro de las 24 horas que esté sujeto a una tarifa de \$ 25.00.
9. Si los acuerdos no se han hecho con nuestro departamento de facturación, el saldo más de 90 días está sujeto a ser colocado con nuestra agencia de cobros. Usted será responsable de los gastos de recaudación o cargos relacionados con el cobro de esta deuda.
10. Una cuota de \$ 25.00 se le cobrará por cualquier cheque devuelto, junto con los gastos bancarios ocasionados.
11. Si solicita una copia de Registros Médicos habrá un cobro de \$0.50 por cada página.
12. Si tiene formularios que necesita para ser completado y firmado por el médico o el personal puede estar sujeto a una tarifa de \$ 25.00 dependiendo de la hora para el médico para revisar, y la complejidad de la forma.

He leído y entiendo San Tan Allergy & Asthma Política Financiera y comprometerse a cumplir y aceptar la responsabilidad de cualquier pago que sea exigible según se describe anteriormente.

Nombre del paciente (s) _____ DOB _____

Nombre de miembro del partido Responsable _____ Relación _____

Firma de miembro del partido Responsable _____ Fecha _____