

ACEPTACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

El Centro es un "Centro de cirugía ambulatoria" diseñado especialmente para la práctica de Gastroenterología --- no se realizan otros procedimientos médicos en este lugar. La misión del Centro es la de proporcionar atención de calidad en un entorno especializado para pacientes ambulatorios, y nos esforzamos para proveer a cada paciente los mejores cuidados posibles y una atención personalizada.

Por favor tenga en cuenta que algunos de los médicos que realizan los procedimientos pueden tener un interés financiero personal por tener participación en la propiedad de este centro.

Para asegurarnos de que nuestros pacientes entienden su responsabilidad financiera y nuestras políticas de pagos, le solicitamos que se tome unos minutos para leer lo siguiente y consultar con nuestro representante de facturación ante cualquier duda que pudiera tener.

1. La tarifa que cobramos por nuestros servicios cubre el componente no profesional de su procedimiento, y se la conoce también como tarifa "técnica" o "por las instalaciones" y abarca el costo de operación de este centro incluyendo equipos, personal, alquileres, suministros, etc. También recibirá una factura por separado desde la oficina del médico por sus servicios profesionales, y posiblemente del laboratorio por cualquier servicio de patología. Las instalaciones, el laboratorio, los anestesiólogos y la oficina profesional del médico son todas entidades legales diferentes que proporcionan servicios separados y distintos.
2. Como una gentileza hacia nuestros pacientes, las reclamaciones al seguro se presentarán en nombre del paciente a la compañía aseguradora especificada durante el proceso de registración siempre y cuando se nos haya proporcionado el nombre completo y dirección de la compañía aseguradora, el nombre del asegurado, número de seguridad social y fecha de nacimiento, y el número de grupo y cualquier otra autorización previa necesaria para el procedimiento.
3. Esperamos que todos los copagos informados sean pagados al momento de prestar el servicio, o según se requiera de acuerdo con el contrato entre el paciente, la aseguradora y nuestro centro. Nos reservamos el derecho de cobrar los copagos, franquicias y co-seguros tras notificación de la aseguradora.
4. Algunas aseguradoras requieren una pre-certificación, pre-autorización o referencia por escrito. Es responsabilidad del paciente el comprender los requisitos del plan de seguro y garantizar la obtención de la correcta autorización al menos 3 días antes de la fecha de prestación del servicio. En caso contrario la aseguradora podría rechazar la reclamación. Si su aseguradora rechaza la reclamación o retiene el pago, usted será el responsable en última instancia por el saldo a pagar.
5. Si tiene alguna duda relacionada con el saldo, por favor póngase en contacto con nuestra Oficina de Facturación para discutir su cuenta. En caso de falta de pago se dará intervención a una agencia externa de cobranzas, lo que puede tener impacto en el historial crediticio del paciente. Los honorarios legales y costos incurridos por la cobranza de cuentas en mora serán responsabilidad del paciente.

El paciente posee una Directiva Anticipada Sí No

La Directiva Anticipada del paciente ha sido proporcionada a LICDH e incluida en el Registro Médico Sí No

La información sobre directivas anticipadas le fue proporcionada al paciente por el centro.

Antes del inicio de los procedimientos, el paciente ha recibido un folleto detallando los derechos y responsabilidades del paciente y la política del centro sobre directivas anticipadas.

Autorización para divulgar información: Por la presente autorizo al **Long Island Center of Digestive Health** a divulgar toda información necesaria para la facturación y procesamiento de la cuenta por los servicios prestados.

Asignación de beneficios de seguro: Por la presente autorizo el pago a **Long Island Center for Digestive Health** de los beneficios de seguro que deberían serme abonados, por este servicio. El pago no deberá exceder el saldo adeudado por los servicios prestados.

He leído y comprendido las condiciones establecidas en esta Aceptación de Responsabilidad Financiera y las acepto. Entiendo que soy responsable financieramente con el centro por los cargos no cubiertos por esta asignación.

Nombre del Paciente (en imprenta): _____

Firma del Paciente: _____

Representante del Centro: _____