

Southern Regional AHEC
Política de la responsabilidad del paciente

Nombre del paciente: _____ Carta #: _____

Todos los pacientes de Southern Regional AHEC

La información siguiente se proporciona para evitar cualquier malentendido o desacuerdo referente al pago para los servicios médicos que usted recibe de Southern Regional AHEC y de nuestros abastecedores del cuidado médico. Nos esforzamos asegurarnos de que proveemos de usted una declaración clara de nuestra política financiera y sus obligaciones financieras con respecto a los servicios médicos que proporcionamos.

1. **Abastecedores Plan-Participantes.** Nuestra oficina participa con una variedad de regímenes de seguros. Los planes en los cuales participamos pueden variar de vez en cuando. Si usted tiene alguna pregunta en relación a su seguro, entre en contacto con nuestra oficina. Si no participamos con su seguro la cuenta es su responsabilidad.
 - i. **Traiga su tarjeta actual del seguro a cada visita**
 - ii. **Esté preparado para pagar su co-paga y/o deducible a cada visita**
2. **Abastecedores que participan de los Planes-No del seguro.** Estamos dispuestos a proveer de usted servicios médicos aunque que no participamos en su régimen de seguros. Si no somos abastecedor que participa con su compañía de seguros, **el pago por completo será obtenido a la hora de servicio.** Nuestra oficina de la facturación es feliz en asistirle para archivar la demanda para el reembolso para nuestros servicios de su compañía de seguros. Tenga por favor presente que en ciertos casos usted puede ser conforme a co-pagos más altos o a cantidades deducibles en el acontecimiento que usted busca cuidado de un abastecedor no participante.
3. **Pago para los servicios no cubiertos.** Sin importar si participamos con su régimen de seguros, ciertos servicios que rendimos no se pueden cubrir por su seguro. Éstos pueden incluir los servicios que su régimen de seguros considera ser cosméticos, experimentales o no médicamente necesarios. Para la asistencia médica no cubierta bajo su seguro, **el pago por completo será obtenido a la hora de la visita.** Pues los seguros tienen diversas reglas y requisitos con respecto a la asistencia médica cubierta por sus políticas, entre en contacto con por favor el departamento de servicios del miembro de la compañía de seguros para su compañía de seguros si usted tiene cualquier pregunta en relación con los servicios que usted recibirá están cubiertos bajo su régimen de seguros. El número de teléfono para el departamento de servicios del miembro está situado en su tarjeta del seguro.
4. **Remisiones.** Bajo ciertos regímenes de seguros le requieren recibir una remisión de otro abastecedor (a menudo su abastecedor primario del cuidado) para que los servicios proporcionaran por Southern Regional AHEC que se cubrirá bajo su régimen de seguro. Este requisito puede aplicarse sin importar si somos abastecedor que participa con su compañía de seguros. Es su responsabilidad de cualquier remisión requerida del tratamiento en, o antes, de la visita. Si usted no obtiene la remisión necesaria, usted financieramente es responsable de todos los servicios proporcionados por Southern Regional AHEC. Además, Southern Regional AHEC reserva la derecha de cambiar la hora de su cita (otra que en el caso del tratamiento de la emergencia) si reconocemos que usted no nos ha proporcionado los documentos requeridos de la remisión.
5. **Plan de pago.** En ciertos casos, podemos poder trabajar con usted para establecer un plan de la cuota. Si usted no puede pagar asistencia médica necesaria, es su responsabilidad informarnos cuanto antes, preferiblemente, antes de la visita de modo que poder trabajar con su para determinarnos si un plan del pago u otras opciones está disponibles. Si usted recibe una cuenta de nosotros y no puede pagar el equilibrio entero cuando la deuda, él es su obligación de entrar en contacto con nuestro departamento de cuentas del paciente tan pronto como sea posible. Toda la llamada con respecto plan de pago y a equilibrios sin pagar se debe dirigir a nuestro departamento de cuentas al 910-678-0101. El pago aceptable mínimo en un plan del pago es **\$25.00** hasta pagado por completo.
6. **Remisión a la agencia de colección.** Southern Regional AHEC reserva la derecha de dar la vuelta a cualquier paciente a una agencia de colecciones de tercera persona para recoger cualquier cantidad no conforme a esta política. No volcaremos a una agencia de colección, sin embargo, si usted establece un plan de la cuota con nosotros y satisface su obligación bajo ese plan, incluyendo pagar todas las instalaciones mensuales de su deuda. La falta de hacer el pago en su cuenta podría también dar lugar a descarga como paciente de nuestra práctica.
7. **Métodos de pago.** Los pagos se pueden hacer por el efectivo, el cheque, las órdenes de dinero, el debe y la tarjeta de crédito (**Visa o Mastercard solamente**). Un honorario vuelto \$25 del cheque será determinado a su explica cada cheque vuelto para los fondos escasos. El paciente con cheques dos o vuelta debe hacer los pagos en un futuro en efectivo, la tarjeta de crédito o la orden de dinero.
8. **Menores de edad.** Si el paciente es un menor de edad (17 años y más jóvenes), el padre o el guarda debe firmar abajo. El padre, guarda del menor de edad es responsable de cualquier pago debido a la hora de servicio, trayendo las remisiones y la tarjeta necesarias del seguro.
9. **Cita cambiada a la hora.** Si usted no puede guardar su cita programar, preguntamos que usted cancele o cambie 24 horas antes de su cita. La falta repetida de hacer podía dar lugar a descarga como paciente de nuestra práctica.
10. **Preguntas adicionales.** Si usted tiene cualquier pregunta sobre su seguro, somos felices en ayudarle. La cobertura específica publica, sin embargo, debe ser dirigido a su departamento de servicios del miembro de la compañía de seguros. El número para el departamento se enumera en su tarjeta del seguro.

Por la ejecución de este documento, represento que he leído este documento cuidadosamente, entiendo las políticas descritas en este documento, y acuerdo conformarse con estas políticas y satisfacer mis obligaciones financieras con respecto a la asistencia médica proporcionada por Southern Regional AHEC.

Nombre y firma del partido o paciente o responsable Fecha

Nombre y firma del partido Co-Responsable Fecha