**Gracias por elegir Atlanta West Dermatology & Surgery Center como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a brindarle atención médica de la más alta calidad. Le pedimos que lea y firme cuidadosamente este formulario para reconocer su comprensión de nuestras políticas financieras.**

**\* El paciente fundamentalmente es responsable del pago del servicio. Si el paciente es menor de edad, el padre/tutor legal que acompaña al niño a la cita inicial y firma los formularios es el garante, independientemente de quién proporcione la cobertura del seguro o de las situaciones de divorcio.**

***Estamos contratados con muchas aseguradoras y planes de salud, incluido Medicare, para aceptar la asignación de beneficios. Esto significa que facturaremos aquellos planes para los que tenemos un acuerdo y solo le exigiremos que pague el copago autorizado en el momento del servicio. Sin embargo, se le facturará por cualquier deducible, coaseguro y servicios no cubiertos después de que su seguro haya procesado el reclamo. El pago vence al recibir un estado de cuenta de nuestra oficina.***

**\* Nos complace ayudarlo presentando una solicitud a su seguro,** **sin** **embargo, el paciente debe proporcionarnos la información más correcta y actualizada sobre su seguro. El paciente será responsable de cualquier cargo incurrido si la información proporcionada no es correcta o actualizada.**

**\* El paciente es responsable del pago de copagos, co-seguros, deducibles y todos los demás procedimientos o tratamientos no cubiertos por su plan de seguro. El pago se debe realizar en el momento del servicio por copagos, servicios cosméticos, productos, así como el pago completo para cualquier persona no asegurada.**

**\*Los pacientes pueden incurrir y son responsables del pago de cargos adicionales a discreción de la práctica. Estos cargos pueden incluir (pero no se limitan a)**

 **- *Cargos por cheques devueltos, $35.00.***

 ***- Cargos por citas perdidas sin previo aviso de 24 horas, $50.00.***

 ***- Cargos por llamadas no emergentes fuera del horario de atención, $50.00.***

***- Por copiar y distribuir registros médicos, no hay ningún cargo por estos artículos si se accede a través de su portal para pacientes.***

***- Cargos por FMLA y formularios similares $10.00-$50.00***

***- Tarifa de servicio de $15.00 para cualquier / cada cuenta colocada en una agencia de cobranza externa***

**\* Si su seguro requiere una referencia, es su responsabilidad proporcionar la referencia a nuestra oficina antes de ver al médico. Si no puede proporcionar la referencia antes de la cita programada, se requerirá el pago completo en el momento de la visita o puede reprogramar su cita.**

**\* Si tiene Medicare PARTE B, usted es responsable de su deducible de Medicare y de su co-seguro del 20%. Si tiene cobertura secundaria, presentaremos esto como cortesía para usted.**

**\* La Coordinación de Beneficios (COB) es el orden en que se deben presentar los reclamos cuando alguien está cubierto por más de un seguro para que el pago sea elegible. Es su responsabilidad estar en contacto con cada uno de sus seguros para asegurarse de que su COB está al día y para informarnos de qué orden presentar sus seguros. En el caso de que uno o más de sus seguros nieguen el pago debido a COB, usted es responsable del pago completo de los servicios prestados.**

**\*Nuestra oficina NO factura servicios preventivos, por lo tanto, sepa que siempre será responsable de un copago, deducible y / o co-seguro para cualquier cita en nuestra oficina, incluso si solo es para una "evaluación de la piel"**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Imprimir el nombre del paciente Firma Fecha**