



ACUERDO DE PAGO

Estoy de acuerdo que todo pago y copago debe ser pagado a la hora de servicio. Yo entiendo para poder ser elegible para la escala de descuento debo de proveer prueba de ingreso. Prueba puede consistir de mi declaración de impuestos, talón de cheque (3), impresión de desempleo, etc. Esta información debe ser proveída a la hora de visita para que la escala pueda ser ofrecida. Yo entiendo si mi cuenta esta vencida por 90 días, yo recibiré una carta indicando que necesito de pagar en mi cuenta o seré sujeto a mi cuenta vencida siendo rendida a deudas incobrables. Entiendo que pagos parciales serán aceptados a menos que se negocie lo contrario.

RECLAMO DE ASEGURANZA

Yo declare y autorizo a Health Ministries Clinic, Inc. a proporcionar información a compañías de aseguranza medicas con respecto a mi enfermedad y tratamientos. Yo entiendo que mi aseguranza medica será presentada como una cortesía y estoy de acuerdo que seré financieramente responsable por cualquier saldo debido a Health Ministries Clinic, Inc. Entiendo que el incumplimiento de proveerle a HMC con precisa, e información de aseguranza al corriente resultara con cargos siendo mi responsabilidad o de la persona responsable. Todo copago y tarifas de aseguranza se debe al tiempo de servicio. Estas tarifas no garantizan pago en completo. Facturas serán mandadas por correo postal para cargos sobrepasando el pago inicial. Entiendo que seré responsable por cualquier cargo que no sea pagado por mi aseguranza médica.

PACIENTES DE MEDICARE

Pacientes con Medicare o Medicaid, por favor estén conscientes que copago puede ser que sea aplicable para los servicios que se le sean dados. Yo autorizo que los beneficios de Medicare sean hechos a mi o de mi parte a Health Ministries Clinic, Inc. para cualquier servicio proporcionado por Health Ministries Clinic, Inc. Yo autorizo a cualquier sostenedor de mi información médica el poder revelar mi información al Centro de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) y sus agentes cualquier información necesitada para determinar estos beneficios o cualquier beneficio pagable para servicios relacionados. Yo entiendo que mi firma autoriza que pagos sean hechos y autoriza la divulgación de información médica necesaria para pagar el reclamo. Si la forma de reclamo del Artículo 9 de CMS 1500 es completada, mi firma autoriza divulgación de información al asegurador o agencia enseñada. En casos asignados por Medicare, el médico o proveedor están de acuerdo a aceptar el cargo de determinación del portador de Medicare como cargo en total, y el paciente solo es responsable por el deducible, o aseguranza médica y servicios no cubiertos. Coa-seguranza y el deducible son basados sobre el cargo de determinación del asegurado de Medicare.

ACUERDO DE ASISTENCIA

Acepto ponerme en contacto con HMC por medio del teléfono, pagina web o portal del paciente antes del evento que necesite cancelar o reprogramar mi cita. Entiendo que todas las citas (es decir, salud médica, dental y conductual) se consideran como falta si no me presento a la clínica para una cita programada. Una falta se implementará cuando un paciente se presenta a su cita 15 minutos o más después de la cita. Entiendo que necesito llegar 15 minutos antes de la hora de mi cita, para completar el proceso requerido de registración y pagar las tarifas en el mostrador. Estoy de acuerdo si tengo dos (2) faltas dentro del período de un año, se me pedirá reunirme con un Coordinador y / o una persona designada antes de programar otra cita. Entiendo que si tengo una tercer (3) falta en un período de un año, puedo ser informado que ya no tendré la capacidad de programar citas futuras o posiblemente ser colocado en "programación del mismo día" por un mínimo de seis (6) meses. Entiendo que, si tengo privilegios de programación suspendidos, puedo solicitar que mi estado sea revisado por el Director Ejecutivo. Reconozco que entiendo las expectativas sobre la necesidad de mantener mi cita programada y las posibles consecuencias si esto no sucede.