

**Javier Zelaya, MD PC/Skinworks Dermatology PLLC**

**Política Financiera**

Gracias por permitir Javier, Zelaya MD PC/Skinworks Dermatology PLLC que sea su proveedor de atención médica. La oficina esta cometido al éxito de su tratamiento. Nuestra práctica presentara sus médicos para usted. Es importante que usted nos proporcione **información Insurance actualizada y precisa** en el momento de su cita. Si usted no proporciona la información del seguro, se le consideró **auto-pago** y deberán hacer arreglos de pago en el momento del servicio. **Como paciente, usted es responsable de cualquier saldo no pagado por contrato no cubiertos por su seguro.**

**Política de Privacidad:** Como es requerido por la ley, nuestra officinal mantiene una política de privacidad dedicada a la protección de la información médica.

**Medicare:** Nuestra oficina participa con Medicare, aceptando tareas de Medicare Parte B .

El paciente es responsable de su co-seguro de Medicare, los deducibles y los servicios prestados que no están cubiertos por Medicare.

**Medicaid:** **No participamos** con Medicaid.

**Planes de Salud Administrados:** Para ver a un especialista, algunos planes de seguro requieren una referencia forma al Médico Primario o la pre-certificación **antes** de quel tratamiento pueda ser rendido. Es la responsabilidad del paciente de asegurar que tengamos esta referencia o pre-certification, antes de la visita. **Todos los co-pagos son debidos en el momento del servicio.**

Le cobraremos \$10 de facturación para el pago no cobrados al momento del servicio.

**Planes Comerciales:** Nuestra officinal ha establecido los honorarios que son generalmente y acostumbrados para esta área de servicio del cuidado médico.

Cada portador del seguro tiene su propio, horario usual y de costumbre de honorario; sin embargo el paciente es responsable del pago a pesar de la determinación arbitraria de portador de seguro de tasas. **Todos los co-pagos son debidos en el momento del servicio.**

**Los Servicios No Cubiertos:** Algunos servicios que ofrecemos puede ser que no se consideran médicamente necesarios por su compañía de seguros o no un beneficio cubierto por su póliza específica, por lo tanto, no pagan por su seguro. Muchos procedimiento cosmético que proporcionamos no son cubiertos por seguro. El paciente es responsable por el pago en el momento de servicio para todos los servicios no cubiertos por el seguro.

**Servicios de Laboratorio:** Algunos servicios, como biopsias o cirugía, requieren especímenes son enviadas a un laboratorio para el procesamiento.

El paciente puede recibir una cuenta separada de Asociados de la Patología de los Diagnósticos de Dermopath o de otro laboratorio. Estos laboratorios **participan** con su seguro. El paciente es responsable del pago para los servicios de un laboratorio que son rendidos.

Ofrecemos el laboratorio con información de su seguro para el procesamiento de la demanda adecuada.

**Para evitar errores y retrasos por favor, actualice siempre cualquier tipo de seguro o infromation demográfica.**

**Ser-paga:** Los pacientes que no tienen cobertura de seguro se consideran como ser-paga. Auto pacientes de la paga serán requeridos a hacer el pago en lleno antes de servicios para ser rendido.

**Tarjetas de crédito:** aceptamos Visa, MasterCard, Amex, y Discover. Se acepta pago en efectivo. No se acepta cheques personales

**Cheques Devueltos:** La officinal cargará (\$25) por cada cheque que se devuelve.

**Los registros de liberación:** Hay una cuota de (\$30) de oficina para liberar sus gráficos. **No** hay honorario para soltarlo a otro médico.

**Honorario perdido de cita:** Una carga de (\$25) se puede aplicar por no cancelar una cita (24) horas de antelación.

Un cargo de (\$50) se puede aplicar por citas perdidas para la cirugía, el láser o los Servicios cosméticos.

**Cargo de Facturación:** Los copagos son debidos en el momento de la visita, esta cantidad aparece en su tarjeta de seguro debajo del especialista Copago.

La officinal va a cobrar una cuota de diez dolares (\$10) para las cuentas atrasadas que son cuarenta y cinco (45) o más días de atrasado.

**Agencias de Colección:** En caso de que sea necesario enviar la cuenta de un paciente a la agencia de la colección, el paciente será responsable de cualquier y todos los honorarios se asociaron con los esfuerzos de la colección de la cuenta, para incluir cualquier honorarios razonables de abogado, costos de corte, cargas de colección e interés.

**RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE Y AUTORIZACIÓN:**

**Autorización para el tratamiento:** Con su firma abajo, Javier Zelaya, MD PC/Skinworks Dermatology PLLC por la presente es autorizado a realizar examen, procedimientos realizados que son requeridos médicamente y administran tratamiento y medicina como creído necesario o conveniente.

**Autorización para la diseminación de la liberación de la information:** Con su firma abajo, Javier Zelaya, MD PC/Skinworks Dermatology PLLC por la presente es autorizado a soltar un informe completo de servicios prestados, la búsqueda de diagnóstico y detalles del tratamiento y el progreso con el fin de recibir el pago por tales servicios prestados. Los recipientes de tal información pueden incluir seguros médicos, incluir los seguros médicos, agencias de facturación, laboratorios, instalaciones para pruebas de diagnóstico, refiriendo médicos, y a otros implicados en los aspectos médicos y/o financieros de mi asistencia médica. La liberación de la información consentimiento puede ser revocado en cualquier momento mediante notificación por escrito. Si la liberación de información es rechazada, el paciente será responsable por el pago de todos los cargos por los servicios prestados.

**Autorización para la Asignación de Beneficios:** En consideración de los servicios médicos prestados, con su firma a continuación, Javier Zelaya, MD PC/Skinworks Dermatology PLLC se da todos los derechos, títulos e interés para el reembolso médico, de conformidad con los términos y beneficios de la política insuarance pacientes u otros beneficios de salud, incluyendo Mediare Parte B. El paciente será completamente responsable del pago de cualquier y todas las cargas no cubrieron por seguro.

**He leído esta política financiera y autorización. Entiendo que no hay garantía o aseguramientos en cuanto a los resultados que se pueden obtener de cualquier tratamiento. Yo entiendo los términos y condiciones descritos en este documento como lo confirma mi firma.**

\_\_\_\_\_  
Firma de pacientes o partido Responsable

\_\_\_\_\_  
Imprima Nombre (Primer, Apellido)

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma