

POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegir **Northwest Gastroenterology Clinic, LLC** y **NGC Endoscopy Services, LLC** para sus necesidades de atención médica. Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención médica posible. Antes de su cita programada, comuníquese con su compañía de seguros para verificar su cobertura de beneficios. La siguiente información describe sus responsabilidades financieras relacionadas con el pago de los servicios profesionales.

TODOS LOS PACIENTES

Los pacientes son responsables de todos los cargos incurridos en su cuenta como resultado del tratamiento recibido. Cualquier saldo pendiente debe pagarse dentro de los **30 días** a partir de la fecha del servicio, a menos que se haya comunicado con nuestra oficina de facturación (**503-229-7461**) para hacer arreglos de pago.

• Cheques devueltos

Se agregará un cargo de **\$35.00** a su cuenta por cualquier cheque que su banco devuelva por cualquier motivo. Este cargo es adicional a cualquier tarifa cobrada por su banco.

• Inasistencia / cancelación / reprogramación de citas o procedimientos

De acuerdo con nuestra política de cancelación, se requiere un aviso con al menos 72 horas de anticipación para cancelar o reprogramar una cita. Las citas canceladas con menos de 72 horas de anticipación podrán estar sujetas a un cargo por cancelación tardía de \$50.00 para las citas en la clínica o de \$100.00 para las citas de procedimientos. Nuestra clínica se reserva el derecho de rechazar futuras citas para pacientes que aún no hayan establecido atención con nuestra práctica, o de dar de alta de nuestros servicios a los pacientes establecidos después de una cita a la que no se presenten sin previo aviso o al acumular hasta tres cancelaciones de citas.

• Cobranza

Utilizamos una agencia de cobranza para cuentas vencidas o no pagadas con más de **90 días** desde la fecha del servicio o del último pago recibido. Si tiene preguntas o inquietudes sobre su cuenta, comuníquese con nuestra oficina. Si hubo un problema con el seguro que no se discutió o resolvió antes de que su cuenta fuera enviada a cobranza, usted es responsable del pago.

PACIENTES CON SEGURO

Como cortesía, nuestra oficina facturará a su seguro primario y secundario. No podemos facturar a su compañía de seguros a menos que nos proporcione información correcta y actualizada. Tenga en cuenta que su seguro médico es un contrato entre usted y su compañía de seguros; nosotros no somos parte de dicho contrato. Los pacientes son responsables de conocer las limitaciones y beneficios de su cobertura. La oficina de facturación no puede garantizar el pago de los servicios ni cotizar beneficios de su plan de salud.

• Referencias y autorizaciones previas

Nuestra oficina de facturación intentará obtener una referencia o autorización previa si su plan lo requiere. Si decide ser atendido antes de recibir la referencia o autorización, su seguro puede no cubrir la visita.

• Procedimientos

Si recibe servicios en **NGC Endoscopy Services, LLC**, recibirá una factura que incluirá un cargo por el uso de la instalación y un cargo por el tiempo del médico. También puede recibir facturas separadas por anestesia y por

servicios de laboratorio o patología. Si su procedimiento se realiza en un hospital, recibirá facturas separadas del hospital.

• **Información útil**

Usted es responsable de su factura, independientemente de si su seguro paga o no. Para ayudarle a verificar la cobertura de beneficios de su plan, comuníquese con su compañía de seguros y proporcione la siguiente información:

Northwest Gastroenterology Clinic, LLC (médico) — ID fiscal **93-0884808**

NGC Endoscopy Services, LLC (instalación) — ID fiscal **93-1307280**

PACIENTES SIN SEGURO

Los pacientes sin seguro deberán realizar un pago de tarifa fija por la visita **en o antes de la fecha del servicio**.

- Pacientes nuevos: **\$225**
- Pacientes establecidos: **\$165**

Si esta tarifa no se paga en o antes de la fecha del servicio, su cita será cancelada. Para procedimientos programados, se requiere un depósito obligatorio de **\$1,500**. Si queda un saldo pendiente después del procedimiento, recibirá un estado de cuenta.

AUTORIZACIÓN

- Autorizo a **Northwest Gastroenterology Clinic, LLC** y **NGC Endoscopy Services, LLC** a presentar reclamaciones de beneficios sin obtener mi firma en cada reclamación.
- Autorizo que los beneficios de mi(s) seguro(s) sean pagados a **Northwest Gastroenterology Clinic, LLC** o **NGC Endoscopy Services, LLC**.
- He leído, entiendo y acepto las disposiciones de este Formulario de Responsabilidad Financiera del Paciente.

Firma del responsable: _____ **Fecha:** _____