



Póliza Financiera

Este es un acuerdo entre Badia Hand to Shoulder como acreedor, y el paciente /deudor nombrado en esta forma.

Ejecutando este acuerdo, usted se compromete a pagar todos los servicios que reciba. El pago se recibe cuando se proveen los servicios. Aceptamos efectivo, cheque personal, giros bancarios, Visa y Mastercard. Se colectaran los co-pagos y deducibles cuando se rinden los servicios.

Seguro:

El seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Facturas se mandan solo a los seguros con los cuales tenemos contratos. Para reclamar y procesar los cargos a su seguro, requerimos una copia legible del frente y parte posterior de su tarjeta de seguro medica, identificación con foto, Seguro social y la verificación de los beneficios de su seguro antes de la visita. Es la responsabilidad de los asegurados/del paciente proveer la información actual y exacta para mandar las sumisiones de las demandas. Todos los co-pagos y deducibles son debidos cuando se rinden los servicios.

Si un plan a el que participa le cubre, de el que no somos abastecedores, el pago será cuando se rinden los servicios. Proveeremos un recibo detallado para que usted mande a su compañía de seguro, esta será responsable de reembolsarle cualquier cobertura que usted pueda tener.

Honorario de colección: Se le sumara un 30% a su cuenta si se tiene que enviar a una agencia de colección. Usted nos da el permiso de comprobar su historia del crédito y de empleo y de contestar a preguntas sobre su historia de crédito con Badia Hand to Shoulder. Reservamos la opción de reportar su cuenta a una agencia de colección o el Buro de Crédito.

Renuncio Confidencial: Usted entiende que si su cuenta es referida a un abogado o agencia de crédito, si llega a litigación en corte, o si su cuenta es reportada a agencia de crédito, su tratamiento en nuestra oficina puede ser parte de expediente público.

Cargos: Por cada cheque devuelto por el banco, habrá un cargo de \$25.00. Pago por cheque devuelto tendrá que ser hecho en efectivo.

Copia de Historia Medica: Copias serán pedidas por escrito, y pagar un cargo razonable de \$ 1.00 por las primeras 25 páginas y .25 centavos más por las siguientes. Si requiere copias a mandar a otro doctor/organización. Da autorización a incluir toda información incluyendo historia de pago. Si da autorización a transferir sus archivos a nuestra oficina, nos autoriza a recibir información, incluyendo su historia de pago.

Consentimiento de fotos: Autorizo a Badia Hand to Shoulder, LLC y afiliados a tomar fotos a mi persona (o hijo/a) procedimiento(s) medico o quirúrgico(s) y condiciones y al uso de estas fotos para propósitos científicos, investigativos y educacionales.

Fecha Efectiva: Al firmar este acuerdo, está de acuerdo con todos los términos y condiciones aquí expuestos y el acuerdo estará en efecto.

Mi firma certifica que he leído (me ha sido leído) y entiendo los contenidos de esta forma.

Nombre del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Persona Responsable (si no es el paciente) _____