

UTAH HEMATOLOGY ONCOLOGY PC

Política Financiera del Paciente

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos con la construcción de una relación médico-paciente exitosa. Por favor, entienda que el pago de los servicios y la terapia es parte de esa relación. La siguiente es una declaración de nuestra política financiera que le exigimos que lea y firme antes del tratamiento.

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Un totalmente completado, actual registro de pacientes se archivará en su expediente. Se requiere una firma por la parte responsable. SI HAY UN CAMBIO DE RESIDENCIA, CONTACTAR información, o cobertura de seguros, ES SU RESPONSABILIDAD de notificarnos del cambio. Usted será responsable de las reclamaciones denegadas porque no tenemos la información adecuada.

RECLAMACIONES DE SEGUROS

SEGURO PRIMARIO: Utah Hematology Oncology PC (UHO) van a presentar reclamaciones con su seguro sobre su presentación de una prueba de cobertura (es decir, tarjeta de seguro). En el caso de que usted tiene la cobertura del seguro, pero no puede presentar prueba de cobertura, el pago se debe en el momento del servicio.

SEGURO SECUNDARIO: Las reclamaciones se presentarán con un seguro secundario si la prueba de la cobertura será proporcionada en el momento del servicio. Sin embargo, si el pago no se recibe en nuestra oficina dentro de los 45 días de la presentación con el pagador secundario, el saldo se transferirá a su responsabilidad.

Si bien la presentación de reclamaciones de seguros es una cortesía que extendemos a nuestros pacientes, todos los honorarios por servicios y tratamientos son de su responsabilidad.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

EL PACIENTE Y / O DE BIENES DEL PACIENTE ES RESPONSABLE DE TODOS LOS CARGOS. COBERTURA DE SEGURO NO ES UNA GARANTÍA DE PAGO. AUTORIZACIÓN PREVIA NO ES UNA GARANTÍA DE PAGO. SI LOS RECLAMOS PRESENTADOS POR NUESTRA OFICINA SE NIEGAN DESPUÉS DE ESFUERZOS RAZONABLES HAN SIDO REALIZADOS POR LA UHO RECOGER EL PAGO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS, EL SALDO TOTAL DE LAS RECLAMACIONES SE TRANSFIERE A TI, QUE LUEGO SERÁN RESPONSABLE DE OBTENER EL PAGO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS A MENOS QUE ANTES SE HAN HECHO ARREGLOS. AUNQUE SU PLAN DE SEGUROS PAGA POR SERVICIOS PRESTADOS BAJO LOS TÉRMINOS DE NUESTRO CONTRATO CON ELLOS, USTED TODAVÍA ESTÁ OBLIGADO POR CONTRATO A PAGAR TODOS LOS COPAGOS, DEDUCIBLES, MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO, Y CO-SEGURO, TAL COMO LO ESTÁN CONTRACTUALMENTE OBLIGADO A RECOGERLOS. MÁXIMOS ANUALES FUERA DEL BOLSILLO PUEDEN INCLUIR SINIESTROS OCURRIDOS COMO PARTE DE LOS SERVICIOS PRESTADOS POR UHO Y SE ENTREGAN AL TIEMPO DE SERVICIO HASTA EL MET FUERA DEL BOLSILLO MÁXIMO HA SIDO. USTED TODAVÍA PUEDE SER OBLIGADO A HACER COPAGOS FOOR CADA VISITA, DEPENDIENDO DE LOS TÉRMINOS DE SU PÓLIZA. COASEGURO SE DEBE GENERALMENTE VEZ QUE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS HA PAGADO SUS PARTE CONTRATADO DE LA RECLAMACIÓN DE UHO, A MENOS QUE USTED TIENE UNA POLÍTICA DE SECUNDARIA, EN CUYO CASO ARCHIVAREMOS LA RECLAMACIÓN EN SU NOMBRE DE ACUERDO CON LOS PRINCIPIOS ANTES MENCIONADOS. INCLUSO SI TIENE TANTO PRIMARIA Y SECUNDARIA COBERTURA, AÚN PUEDE SER RESPONSABLE DE UNA PARTE DE LA FACTURA, DEPENDIENDO DE LA CANTIDAD PAGADA POR EL PAGADOR SECUNDARIO.

DESCUENTOS EN EFECTIVO

Si paga en efectivo por los servicios o tratamiento, se le ofrecerá un descuento del 25% de la carga habitual de la UHO para los artículos no farmacológicos.

PLANES DE PAGO

Terapias utilizadas en el tratamiento de cáncer y trastornos de la sangre son extremadamente costosos. Su médico de compra los fármacos utilizados en su tratamiento de antemano. Las compañías de seguros no pagan por todos los costos de atención de salud. Podemos establecer un plan de pago para usted para que pueda cumplir su responsabilidad contractual bajo los términos de su cobertura. Cuotas del plan de pago deben hacerse además de los copagos que usted está obligado a pagar en cada visita. El convenio de pago es un contrato obligatorio para el pago de bienes y servicios proporcionados a usted. Planes de pago requieren que usted hace pagos regulares, como se detalla en el acuerdo. En caso de no cumplir con su obligación en virtud del acuerdo, usted puede ser enviado a un hospital para recibir tratamiento adicional, enviado a una agencia de colección, y / o referido a otro médico para su atención médica.

Cuentas vencidas

Visa, MasterCard y American Express se aceptan pagos en persona, por teléfono o por fax. En el caso de que no descarga su responsabilidad financiera, su cuenta puede ser entregado a una agencia de colección. Si la cuenta es entregada a las colecciones, la persona o propiedad responsable de la cuenta es responsable de todos los gastos de recaudación. Una vez que una cuenta ha sido colocado con una agencia de colección exterior, todos los pagos se deben hacer a esa agencia. Además, si su cuenta se envía a las colecciones, usted puede ser enviado a un hospital para recibir tratamiento adicional y / o referido a otro médico para su atención médica.

CUENTA DE CONSULTA

Nuestros médicos y personal clínico no discuten los asuntos financieros. Nuestro personal de facturación está capacitado para discutir estos temas y estará encantado de ayudarle. El contacto principal para abordar asuntos financieros es nuestro Defensor del Paciente. Si aún necesita asistencia, previa consulta con nuestro personal de facturación, nuestro Administrador podrá ser consultado, también. El habla el español y puede ayudarle si se necesita.

HISTORIAL MÉDICO

Si necesita una copia de su historia clínica, le proporcionaremos uno para usted sin costo alguno. Se requiere un registro de solicitud escrita y, por ley, tienen hasta 30 días desde la recepción de la solicitud por escrito para proporcionar los registros.

CESIÓN Y LIBERACIÓN

Por la presente autorizo a mi médico para amueblar mi compañía de seguros (es) o su información de representantes acerca de enfermedades o tratamientos. Por la presente asigno el pago de beneficios del seguro a mi médico por los servicios médicos y los tratamientos prestados.

He revisado y entiendo Política Financiera del Paciente de Utah Hematology Oncology PC y estoy de acuerdo con sus términos.

Firma del paciente o persona responsable

Fecha

Received by UHO Employee

Date