

## ACUERDO SOBRE EL CUIDADO DEL PACIENTE

---

Hemos establecido un Acuerdo sobre el Cuidado del Paciente para evitar malentendidos. Por favor, lea el presente acuerdo cuidadosamente. Si usted tiene preguntas, un empleado de esta oficina le ayudará.

- Facturamos a todas las principales compañías de seguro: Medicare, DSHS, L&I y Tricare.
- No podemos facturar a su compañía de seguros hasta que no obtengamos una copia de su tarjeta de seguro. Sin la tarjeta de seguro o una copia en su expediente, usted será responsable de la cuenta.
- Si usted no tiene seguro médico, esperamos que el pago sea realizado en el momento del servicio. Entendemos que hay momentos en que un pago completo no es posible. Por favor, contacte a nuestro departamento de facturación al 360-734-1420 opción 3 para establecer un plan de pago. **LOS COPAGOS VENCEN EN EL MOMENTO DEL SERVICIO.** El copago es un acuerdo hecho entre el suscriptor y la compañía de seguros.
- No aceptamos responsabilidad por un reclamo disputado. Si su compañía de seguro rechaza el reclamo o deja de realizar los pagos, usted es responsable del saldo.

### RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

1. El paciente accede a proveer a nuestra oficina una copia al día de la tarjeta o cupón de seguro. Esto incluye la información sobre los planes secundarios y terciarios.
2. El paciente accede a pagar los copagos el día del servicio.
3. El paciente accede a que, si el plan de seguro requiere una derivación de su médico de cabecera, será su responsabilidad obtener dicha derivación.
4. El paciente accede a proveer a NW Gastroenterology/ Endoscopy información actualizada, domicilio y números de teléfono. En el caso de los pacientes que no viven en los Estados Unidos, el paciente accede a proveer y/o mantener una dirección en los Estados Unidos.
5. El paciente accede a pagar cualquier saldo dentro de los 30 días de recibida la factura.
6. El paciente que cancele su cita sin la notificación mínima (48 horas), se arriesga a ser eliminado de nuestra clientela.
7. Al paciente que no se presenta para su consulta y/o procedimiento, se le cobrará una multa por no presentarse.

➤ Procedimiento o visita de un nuevo paciente: \$50

➤ Visita de una persona que ya es un paciente: \$25

8. Puede que a los pacientes que lleguen más de 10 minutos tarde a su cita se les re programe la cita.
9. Puede que a los pacientes con cuentas no pagadas y/o cuentas enviadas a cobro de deudores se les elimine de nuestra clientela.
10. Puede que a los pacientes que no cumplen y/o no siguen los planes de tratamiento recomendados por nuestros médicos se les elimine de nuestra clientela.
11. El paciente accede a que, si él provee una dirección de correo electrónico, él mismo será responsable de notificarnos cualquier cambio de la cuenta de correo electrónico.
12. El paciente asume la responsabilidad de acceso a la dirección de correo electrónico y reconoce que nuestra oficina no puede ser responsable de ningún familiar y/o amigo que pueda acceder a su información.

NW Gastroenterology hará todo lo posible para trabajar con usted para arreglar el pago satisfactorio de su cuenta. Sin embargo, si el pago no es recibido dentro de los 90 días de prestado el servicio y usted no ha contactado a esta oficina para arreglar un plan de pago, se iniciará el cobro de la deuda. NW Gastroenterology utiliza el servicio de una agencia de cobro externa.

**DIVULGACIÓN DE BENEFICIOS E INFORMACIÓN:** *Autorizo a los médicos o compañías de seguro a divulgar información para mi reclamo. Autorizo el pago directo de los beneficios de mi seguro al médico. Yo soy financieramente responsable de cualquier saldo. Entiendo que NW Gastroenterology no facturará a mi seguro a menos que yo les provea una copia actualizada de mi tarjeta de seguro y que, a menos que yo provea dicha copia, soy el único responsable del total de la cuenta.*

***He leído y entendido el presente Acuerdo sobre el Cuidado del Paciente.***

Firma del paciente

Fecha

Nombre del paciente en letra imprenta

Fecha de nacimiento