

DECLARACION DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Estimado Paciente,

Gracias por elegir a *Nevada Surgical Suites* para atender sus necesidades de cuidados de salud.

Se deben pagar los servicios al momento de recibirlos. Aceptamos efectivo, MasterCard, Visa y Discover. Remitiremos un reclamo de seguro de su parte. Favor de notificarnos de inmediato si cambian los datos de su seguro.

- Deberá efectuar cualquier copago al momento de recibir el servicio por medio de efectivo, tarjeta de débito o crédito. No aceptamos cheques para el copago.
- Su póliza de seguro consiste en un contrato entre usted y su aseguradora. Nosotros no formamos parte de ese contrato. Nuestra relación es con usted.
- En todo momento tiene el derecho de renunciar a su seguro. Si no nos proporciona los datos de su aseguradora al momento del servicio, estaría renunciando voluntariamente al derecho de emplear un seguro, y quedaría responsable de los honorarios incurridos.
- Usted es el responsable de conocer qué beneficios le ofrece su seguro. Le podremos asistir con localizar de donde proviene esta información.
- De ser requeridos, le entregaremos cualquier documento o registro médico que se nos solicite a su aseguradora.
- Nuestra Administración intentará cobrarle a su aseguradora los honorarios devengados. Si su aseguradora se rehúsa a pagar, dichos honorarios correrán por su cuenta.
- TODO CHEQUE REBOTADO QUEDA SUJETO A UN CARGO DE \$25.
- Todo procedimiento programado queda sujeto a un cargo “por no presentarse” de \$200, salvo que se haya realizado una cancelación con 24 horas de anterioridad a la cita concertada. Dicho cargo no será facturado ni a una aseguradora, ni a un abogado, y deberá saldarse antes de cualquier otra cita.
- Usted podrá gestionar financiación con nuestro departamento de Cuentas por Cobrar.
- Usted es responsable de cualquier cargo por cobranza, honorarios o costas judiciales.

Si tiene alguna pregunta o inquietud, favor de hablar con nuestro personal.

Al firmar este documento, usted está reconociendo que ha leído y aceptado dicho acuerdo.

Firma del paciente/Representante legal: _____ Fecha: _____