

Premier Community HealthCare Group, Inc.

Póliza y Procedimiento Financiamiento

Gracias por habernos escogido como su proveedor primario de salud. Nosotros estamos comprometidos a proveerle cuidado de salud de calidad y razonable. Debido a que algunos de nuestros pacientes tienen preguntas sobre las responsabilidades del paciente y/o compañía de seguro médico por servicios prestados, nosotros hemos desarrollado este procedimiento y póliza de pago. Por favor lea y haga CUALQUIER pregunta que tenga. Una vez que lo haya hecho, firme en el espacio al final de esta página. Se le proveerá una copia para su archivo.

Póliza de Pago del Paciente

1. **PACIENTES SIN SEGURO MÉDICO:** Pacientes que presenten Prueba de Ingreso (PDI), se le será requerido que paguen una tarifa mínima al momento de registrarse. Esta tarifa fluctuará entre \$25-75. A pacientes que NO presenten PDI, se les será requerido pagar una tarifa mínima de \$75 al momento de registrarse. Cualquier otro gasto, será colectado al final de su visita. Para continuar siendo elegible para descuento de tarifas, se le requerirá que presente información financiera (PDI) cada 6 meses.
2. **PACIENTES CON SEGURO MÉDICO/MEDICARE/MEDICAID:** Nosotros participamos en la mayoría de planes de seguros, incluyendo Medicare y Medicaid. Es su responsabilidad saber qué beneficios provee su seguro. Si usted está cubierto por un plan en el cual no participamos **ó** si usted no puede presentar una tarjeta corriente de su seguro, pago total se le requerirá en cada visita. Por favor, consulte con su compañía de seguro referente a cualquier pregunta que tenga sobre los beneficios que cubre su plan.
 - Todo co-pago/deducibles deben pagarse al momento del servicio. Este arreglo es parte de su contrato con su compañía de seguro.
 - Nosotros someteremos su factura y lo asistiremos como mejor podamos para que su factura sea pagada. Su compañía de seguro puede que necesite el que usted provea cierta información directamente. Es su responsabilidad proveer lo que le requieren. Por favor, mantenga en mente que el balance de su factura podría ser su responsabilidad independientemente de lo que su plan de seguro pague o no.
 - Si su seguro cambia, por favor notifíquenos antes de su próxima visita para nosotros hacer los cambios apropiados y poder ayudarlo a recibir los máximos beneficios. Si su compañía de seguro no paga su factura dentro de 45 días, usted podría ser facturado por los cargos.
 - Por favor este consciente que algunos (quizás todos) los servicios que usted reciba no sean cubiertos o considerados no razonables e innecesarios por Medicare ú otras compañías de seguro. En caso de que los servicios no sean cubiertos, usted será responsable por estos cargos y podría aplicar para un descuento de la tarifa si provee las pruebas de ingreso requeridas.
3. **FACTURA NO PAGADA:** Nosotros haremos todo lo posible en asistirlo para hacer arreglos de pago del balance de su cuenta. Sin embargo, si se determina que usted tiene la habilidad de pagar y rehusa hacerlo, a usted se le podrían ser negados servicios en el futuro y/o podría ser terminado de esta práctica.
4. **CITAS NO MANTENIDAS:** Le exortamos que nos contacte 24 horas con anticipación si necesita cancelar su cita pra nosotros poder ofrecer esta vacante a otro paciente. Citas que no sean mantenidas repetitivamente, podría resultar en la terminación de futuros servicios médicos:

Premier Community HealthCare Group, Inc. se compromete en proveer cuidado médico excelente. Nosotros proveemos este cuidado médico utilizando descuento de tarifas basadas en Guías de Pobreza Federales. La regla bajo la cual el Departamento de Cuidado de Salud Primario administra nuestros fondos, requiere que nosotros hagamos cualquier esfuerzo para obtener el pago apropiado de nuestros pacientes. Si tiene algunas preguntas o preocupaciones al respecto, por favor consulte con nuestro personal.

Yo he leído y comprendio estg póliza de pago y estoy de acuerdo a atenerme a sus reglamentos.

Firma del Paciente o Persona Responsable

Fecha

Firma del Representante de PCHG

Fecha