

## Poliza Financiera

Nosotros en Pulmonary Associates of Southern Arizona (PASA) nos comprometemos a darle el mejor servicio posible. Es importante para nuestra relacion profesional que entienda la poliza financiera de nuestra oficina. Si usted tiene alguna pregunta acerca de nuestra polizas financieras por favor comuniquese con nuestro departamento de finanzas.

### **Seguro Medico**

PASA mandara reclamos unicamente a planes de seguros contratados con esta oficina. Si usted desea se le proveera una lista de las compañías aseguradoras con las cuales tenemos contratos. PASA podre hacer el reclamo siempre y cuando usted nos de informacion completa de su seguro medico y autorazando con su firma el pago directamente a nuestra oficina. Identificacion aceptable de su seguro medico es su tarjeta actualizada con nombre, numero de poliza, telefono de verificacion de su seguro medico. Si su cobertura es con una compañía no contratada con esta oficina, usted es responsable por el pago total de su cuenta el dia de su cita. Nosotros le proveeremos con un estado de cuenta detallado para que usted lo remita a su seguro.

### **Responsabilidad del Paciente**

El paciente es responsable por servicios que su poliza de seguros no cubra como; co-pagos, deducibles, ó servicios no autorizados por su compañía de seguros. Su co-pago se pagara el mismo dia de su cita con el medico. Co-pagos que no sean pagados el dia de su visita seran sejetos a una cuota adicional de \$25.00 la cual se usara para gastos financieros. La cuota se suspendera si esta se recibe dentro de 5 dias laborales a partir del dia de su cita.

### **Referencias**

Por favor contactar la oficina de su medico fmiliar con respecto a su referncia antes de asistir a su cita. Si su seguro medico es HMO ó POS usted es responsable. Asegurese que su referencia sea valida y este al corriente antes de acudir a su cita.

### **Persona no Asegurada**

Un deposito minimo de 25% de su cuenta se le cobrara el dia de su cita. Todo paciente que resida fuera de Estados Unidos se requiere que salde el total sin importar la cantidad en dlls de su adevdo.

### **Cheques Insuficientes Fondos**

Cheques no honrados por el banco seran sujetos a una cuota de \$25.00. Se notificara por escrito con un plazo de 20 dias para reemplazar el cheque, de otra manera se mandara su cuenta a una agencia de cobranzas.

### **Poliza para Cancelaciones**

Cancelar citas programadas en el curso de 48 horas previas a su cita. De no hacerlo habre un cargo de \$25.00.

### **Cuentas Delictivas**

Cuentas delictivas seran asignadas una agencia de cobranzas ó a un abogado

Yo \_\_\_\_\_ he leído y entendido completamente la poliza  
(Deletrear nombre de paciente)  
financiera de Pulmonary Associates of Southern Arizona.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_