

COVINA VALLEY UROLOGIC MEDICAL GROUP, INC.  
UROLOGIA PARA ADULTOS Y NINOS.

**DECLARACION DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DE LOS PACIENTES.**

Le damos la bienvenida a Covina Valley Urologic Medical Group, Inc, A Nuestra Practica.

Trabajamos arduamente para proporcionarle la atencion de calidad mas alta a Usted y a su familia. Tenemos una comprension clara de nuestra politica financiera y es muy importante para nuestra relacion profesional. Por Favor, recuerde que nuestro contrato de servicios esta con usted, y es nuestra politica de su responsabilidad por nuestras cuotas independientemente de la cobertura de seguro.

**Cobertura de Seguro**

Es su responsabilidad de ser concientes de su cobertura de seguro, disposiciones de la politica, exclusions y limitaciones asi como los requisitos de autorizacion. Esta informacion es facilitada por la compania de seguro.

Hacemos lo possible por verificar su cobertura al momento de su visita. Sin embargo, si su cobertura no esta en efecto en el momento de su visita, la responsabilidad financiera es suya.

**Cambios de Seguros**

Si ha tenido cualquier cambio en su cobertura de seguro-incluso si hay solo un pequeno cambio en la cantidad de co-pago o de un cambio en la fecha de vencimiento de la poliza usted debe notificarnos. Incluso una pequena discrepancia en el formulario de reclamacion esto puede conducir a ser negado el reclamo.

**Co-pagos, Co-Insurance y deducibles.**

Co-Insurance y co-pagos son responsabilidad del paciente. Los co-pagos son pagables en el momento de sus visitas.

El deducible es responsabilidad del paciente. El deducible esta determinado por el contrato que tiene con su proveedor de seguros. No sabemos cuanto cada persona tiene de deducible y cuanto se ha cumplido en el momento de su visita.

Cheques devueltos por el Banco.

Usted sera responsable por una cuato de servicio de \$25.00 si el Banco devuelve su cheque sin fondos.

Aunque Covina Valley Urologic Medical Group, Inc. pueden participar con planes de pago de terceros; percibimos que su cubierta de seguro es un contrato entre la compañía de seguros y usted. Nosotros le mandamos a su compañía de seguros el reclamo como una cortesía si no hay pago la responsabilidad se colocara inmediatamente al paciente.

### **Asistencia Medica**

Nosotros participamos y aceptamos la asignacion de beneficios con Medicare parte B. Cualquier porcion de deducible que no se haya cumplido es su responsabilidad. Los pacientes sin un seguro secundario son responsables por el 20%.

### **Seguro de HMO**

Nosotros presentamos los cargos a los seguros de HMO; sin embargo, se recopilara el copago al momento de su visita. Para poder ser visto por el medico, cualquiera referencia requerida por la compañía de seguro debe estar en nuestra oficina, antes o en el momento del examen. De lo contrario usted sera responsable de los cargos de su visita o se le dara otra cita hasta recibir la autorizacion.

### **Pacientes Sin Seguro Medico.**

Se espera que el paciente que no tenga cobertura de seguro medico deben pagar por el total completo a la hora de que los servicios sean rendidos.

Los saldos deben pagarse al recibir el estado de cuenta antes de su cita siguiente. (A menos que se haya llegado a un acuerdo anterior con el departamento de finanzas. Saldos no pagados dentro de los 28 dias de la factura inicial pueden estar sujetos a una tarifa final.

### **Factura del Laboratorio**

Entiendo que el laboratorio de referencia es usado de afuera y se recibira una diferente factura por las pruebas de laboratorio realizadas por Covina Valley Urologic Medical Group, Inc.

### **Autorizacion Por La Asignacion de Beneficios Y Relevo De Informacion.**

Por la presente yo autorizo y dirijo el pago de mis prestaciones medicas a Covina Valley Urologic Medical Group, Inc por cualquier servicio facilitado a mi por los medicos. Yo autorizo al medico de relevar cualquier informacion, incluyendo diagnostico y los registros de cualquier tratamiento o examen prestados a mi o a mi hijo(a) durante el periodo de tales servicios medicos a los contribuyentes de terceros o practicantes de salud. En el evento que mi plan de salud determine no cubrir por algun servicio. Yo estoy de acuerdo de ser responsable por el pago de todos los servicios que no sean

pagados y sean rendidos a mi o a mis dependientes, incluidos los honorarios por servicios de coleccion que se necesiten.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente ( o persona responsable)

\_\_\_\_\_  
Fecha

### **Opciones de pago: efectivo, cheques, Visa or MasterCard**

He leído el formulario anterior de responsabilidad financiera y como paciente o guardian legal de un paciente menor o por incapacidad, entiendo que, independientemente de cualquier cobertura de seguro yo permito y soy responsable del pago de mi cuenta. He leído, entiendo y estoy de acuerdo con la forma de responsabilidad financiera en acuerdo con los terminus y condiciones establecidos en la politica de esta oficina. Yo por lo tanto doy fe que he dado la informacion correcta y completa en lo mejor de mi conocimiento para que el pago sea puntual.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (o persona responsable)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso ( o persona responsable)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Yo entiendo que mi compania de seguro de salud no puede pagar por ciertos cargos generados para los servicios prestados por Covina Vally Urologic Medical Group. El reclamo negado de pago puede incurrir incluso si el proveedor considera ciertos servicios no sean medicamento necesarios segun la norma vigente de Buena atencion medica. Estos servicios no cubiertos puede incluir per no se limitan a la evaluacion de, pruebas de diagnostico para la gestion de: la disfuncion erectil e infertilidad. Reconozco que sera mi responsabilidad de pagar los gastos y costo en total.

Los procedimientos de Vasectomia que no sean cubiertos se cobrara \$500.00 y tendran que ser pagados al momento del procedimiento. Si el proveedor de seguros paga solo una parte usted sera responsable de hasta los \$500.00.

Por formas completadas yo entiendo que Habra un cobro de \$20.00 por llenar el seguro de vida, seguro de discapacidad y todas las demas formas que requiera el personal o el medico. Tengo entendido que este cobro es para cada formulario o carta que Covina Valley Urologic Medical Group, Inc. le sea pedida llenar.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Inicial del empleado