



Departamento de Facturación

277 Pleasant St., Bldg. 1, Fourth Floor
 Fall River, MA 02721
 T: (508) 675-7819
 F: (508) 675-3822

Dirección postal:

Prima CARE Billing Department
 P.O. Box 1029
 Fall River, MA 02722

Nombre del paciente: _____ Fecha de nac.: _____ Cuenta # _____

Obligaciones financieras del paciente

Generalmente, el seguro médico cubre la mayoría de los costos de atención médica. Sin embargo, un “copago de seguro” es un monto fijo de dinero, determinado por la compañía de seguro médico, que el paciente paga por ciertos servicios de atención médica. Por contrato con la compañía de seguro médico, es responsabilidad legal del paciente pagar este monto mientras que la compañía de seguro paga el resto.

1. El copago debe pagarse en el momento del servicio en dinero en efectivo, cheque o tarjeta de crédito. Si no se paga el copago, esa cita del día podría ser cancelada y reprogramada.
2. Su reclamo se procesará a través de su(s) compañía(s) de seguro médico, por lo tanto, debe brindar la información correcta sobre su póliza de seguro primaria y toda póliza secundaria.
3. Es su responsabilidad obtener un formulario de derivación de su médico de atención primaria antes de su visita al especialista si su seguro requiere una. Sin una derivación válida, esa cita del día podría ser cancelada y reprogramada.
4. Lo asistiremos para obtener una autorización previa para cualquier prueba o procedimiento, si es necesario.
5. Usted es responsable de cualquier cargo adicional, tratamiento o suministro no cubiertos no por su seguro.
6. Si usted no hace arreglos previos de pago con nuestro Departamento de Facturación, y su saldo de cuenta sin pagar se extiende más allá de los 120-150 días, su cuenta será entregada a una agencia de cobros. Si las cuentas siguen sin pagar sin arreglos de pago, Prima CARE podría no continuar brindando su atención médica y usted podría ser dado de baja de nuestro consultorio médico.
7. Si usted **NO** tiene seguro, se espera que pague el monto total en el momento del servicio.
8. No se atenderán a pacientes menores de 18 años a menos que estén acompañados por un padre/tutor, o a menos que tengan una autorización firmada por un padre/tutor, que permita al equipo de Prima CARE brindar la atención médica.
9. Se espera que usted mantenga todas sus citas programadas. No hacerlo sin proveer 24-48 horas de aviso podría resultar en un cargo de “visita perdida” de \$25.00 a \$150.00, según los servicios a prestarse. Las citas perdidas repetidas podrían resultar en una dada de baja de Prima CARE.
10. Se cobrará una multa de \$35.00 por todo cheque devuelto debido a fondos insuficientes.

Si tiene preguntas sobre sus obligaciones financieras, por favor contacte al personal de Facturación.

He leído y comprendido mis Obligaciones financieras de paciente. Al firmar abajo, acuerdo cumplir con esta política.

 (Firma del paciente)

 (Fecha)