

**Plaza Medical Centre**

700 N Pearl St, Suite N208  
Dallas, TX 75201  
Tel: (214) 999-9355



**Griego Family Medical Centre**

2701 S Hampton Rd, Suite 101  
Dallas, TX 75224  
Tel: (214) 330-9221

## Acuerdo Financiero

Todos los pacientes deben leer y firmar este acuerdo antes de recibir servicios

Gracias por haber elegido a Metroplex Medical Centres para el cuidado de su salud. Estamos comprometidos a proveerle servicios de gran excelencia a usted, nuestro paciente. Como parte de nuestra relación profesional, es importante que usted tenga una comprensión sobre nuestra póliza sobre el pago de nuestros servicios. Por favor llame a nuestro departamento de cobros si tiene alguna pregunta. Puede llamar al (214)580-7277.

**SEGUROS (PPO/POS/Comercial/Medicare Advantage Plans)** Todo los co- pagos se deben hacer al momento del servicio. Somos miembros de la mayoría de seguro pero no todos los planes. Usted es responsable de verificar que somos proveedores de su plan. Usted es responsable de los co-pagos, deducibles y co- seguros de su plan. Nosotros reservamos el derecho a cobrar el pago antes de cualquier tratamiento. Usted es responsable de cualquier servicio negado por su seguro como un servicio no cubierto.

**SEGURO HMO:** Todos los co- pagos se deben hacer al momento del servicio. Nosotros le ayudaremos con referencias como según las indicaciones de su plan.

**MEDICARE:** Nosotros aceptamos la asignación de Medicare. Como paciente de Medicare, usted es responsable sólo por la diferencia entre la cantidad aprobada y la cantidad que paga Medicare, y por su deducible. Si usted tiene un seguro suplementario por favor proporcione una copia su tarjeta y nosotros el mandarnos la facturar por usted. Usted recibirá una factura después de su seguro ha pagado si hay cualquier saldo

**SI NO TIENE SEGURO MEDICO/PAGO POR VISITA:** El pago es debido en su totalidad al momento del servicio. Si usted no puede pagar el saldo completo, usted debe ver a un representante del paciente para hacer otros arreglos.

**TRATAMIENTO PARA UN NIÑO MENOR DE EDAD:** Un padre o tutor legal debe acompañar a los pacientes que son menores de edad (menores de 18 años de edad). El adulto acompañante es responsable del pago de la cuenta, de acuerdo con la política descrita anteriormente

**CHEQUE DE VUELTO:** Un cargo de \$ 35.00 será agregado a su cuenta por cualquier cheque devuelto por su banco por cualquier razón.

**FORMAS DE SEGURO O DISCAPACIDAD:** Habrá un cargo de \$ 40.00 por llenar formas médicas, formas de discapacidad o formas de FMLA. El pago se debe antes de procesar el papeleo. Por favor permita 7-10 días para la finalización de estas formas.

**SERVICIOS DE LABORATORIO**

La clínica solo cobra por lo servicios que son realizados por nuestros proveedores médicos. El laboratorios es un compañía aparte y ellos el cobraran por separado a usted o su compañía de seguros para los servicios que se realizan. Si usted tiene alguna pregunta acerca de su factura de laboratorio por favor póngase en contacto con ellos o con su seguro médico. **Es su responsabilidad que nos proporcione su información de seguro más actual.**

**ANTES DE RECIBIR SERVICIOS,** usted debe verificar que somos proveedores participantes para su compañía de seguros. También es necesario que nuestro médico de cabecera aparece como su proveedor de atención primaria con su compañía de seguros, si es requerido por su contrato. En el caso de que no seamos su proveedor participante o nuestro médico no aparece como su proveedor de atención primaria con su compañía de seguros, vamos a presentar la reclamación inicial como una cortesía. Sin embargo el pago se debe en el momento de su consulta.

**CO-PAGO, CO-SEGURO Y / O DEDUCIBLES SE DEBEN EN EL**

**MOMENTO DEL SERVICIO:** nosotros vamos a calcular la cantidad que debe basado en la información que recibimos de su compañía de seguros. Sin embargo, usted es responsable de pagar el monto total determinado por su compañía independientemente de nuestra estimación.

**DECLARACIONES** Le enviaremos una declaración (a la dirección de facturación que usted proporciona) notificándole de cualquier saldo que adeude. Si usted tiene alguna pregunta o disputa la validez de este cobro es su responsabilidad ponerse en contacto con nuestra oficina de negocios dentro de los 30 días siguientes cuando recibo su declaración inicial. Usted puede llamar al (214) 580 - 7277 El pago total se debe cuando usted recibe su declaración. Si usted no pude pagar el saldo por completo por favor llame a nuestra oficina de cobros para acuerda un plan de pagos. Cualquier cobro por pagos atrasados se le cobrar la su saldo final. Si usted no puede hacer los pagos acordados, su cuenta puede ser referido a una agencia de cobranza profesional y / o abogado. Usted será responsable de todos los gastos de recaudación incurridos, incluyendo los honorarios de abogados y costos judiciales de corte.

Si usted no mantiene su cuenta al corriente puede ser que cancelemos sus citas.

El cobro completo se debe en el momento del servicio. Aceptamos efectivo, cheques y tarjetas de crédito.

Entiendo que si la oficina se compromete a facturar el seguro como una cortesía, debo presentar información, según sea necesario para asegurar el pago por los servicios prestados a mí. Yo entiendo que soy el último responsable del pago de todos los servicios que yo reciba.

**Nombre del paciente (en letra de imprenta):** \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente o Persona Responsable:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_