



Poliza Financiera
Efectivo 3-15-2011

Gracias por escoger Advantage Urgent Care para sus necesidades medicas. **Por favor de leer cuidadosamente cada una de las frases y poner sus iniciales al lado y firmar abajo de la hoja.** Esta poliza se puso en practica para asegurar que las deudas financieras sean recuperadas y podamos continuar proveendo atencion medica de calidad a nuestros pacientes. Es importante que trabajemos juntos para asegurar que el proceso de pagar por servicios prestados sea lo mas eficiente y efectivo posible. Nuestro personal esta disponible para discutir la poliza con usted.

1. _____ Yo comprendo que si mi cuenta no esta pagada por completo dentro de 90 dias, se le agregara una cuota de procesamiento de 35% a cualquier balance de \$10.00 o mas y sera manejado por Thunderbird Collection Specialist, Inc. para procesamiento adicional. **Cualquier balance de \$10.00 o menos permanecera en su cuenta para coleccion futura.**
2. _____ Yo comprendo que una cuota de servicio en la cantidad de \$35.00 sera agregada por cheques regresados por cualquier razon, y yo sere responsable por pagar esta cuota de servicio incluyendo la cantidad de el cheque regresado. Cheques regresados por razon de fondos insuficientes, solo se podran pagar en forma de money order, cashier's check, o efectivo.
3. _____ Yo comprendo que si estoy cubierto por mas de una compania de seguro en cualquier dia de servicio, le estoy proveendo esta informacion a Advantage Urgent Care en el momento de servicio. Si alguna informacion adicional de la compania de suguro es recibida despues de el dia de servicio, podria resultar en reclamaciones rechazadas por los limites de archivar reclamaciones oportunas, resultando que los cargos sean aplicados a responsabilidad de el paciente.
4. _____ Advantage Urgent Care permitira 60 dias de la fecha archivo para que mi compania de seguro procese o pague una reclamacion. La ley de Arizona les permite a las companias de suguro que operan en el estado no mas de 30 dias para procesar reclamaciones. Es mi responsabilidad proveerle la informacion solicitada y necesaria para procesar reclamaciones por servicios prestados. Tambien es mi responsabilidad notificar a Advantage Urgent Care si hay cambios en mi seguro medico, numero de domicilio, o telefono.

Ultimamente depende de MI saber los beneficios de MI seguro

5. _____ (inicial solo si le aplica) Yo he sido informado que mi seguro esta fuera de la red de servicios. Y comprendo que mis visitas tal vez no sean cubiertas por mi seguro.
6. _____ He leido y entendi la poliza financiera escrita arriba, y estoy de acuerdo con sus terminos.

Este acuerdo es efectivo por un ano desde la fecha de firma

Nombre del paciente (escrito)

Firma del paciente /o responsable

Fecha

Relacio de el responsable con el paciente