



Physical Therapy & Hand Centers, Inc.

Política Financiera

Cuentas de efectivo: El pago de \$200 se debe al momento del servicio.

Planes de seguro privados y grupales: Debe pagar su copago en el momento del servicio. Physical Therapy & Hand Centers, Inc. facturará a su compañía de seguros una vez que haya proporcionado una hoja de información de seguro completa y una copia de su(s) tarjeta(s) de seguro. Este servicio se proporciona como una cortesía a nuestros pacientes. Los pacientes son, en última instancia, responsables de los pagos completos y puntuales de todos los servicios prestados. Aceptamos efectivo, cheques, Visa y Mastercard. Tenga en cuenta que se aplicará un cargo de servicio de \$25 por cada cheque devuelto.

Su seguro es un contrato entre usted, su empleador (si corresponde) y la compañía de seguros. Es responsabilidad de cada paciente conocer sus beneficios y si requiere autorización previa de su compañía de seguros antes de los tratamientos de terapia física. El no obtener autorización previa puede afectar los beneficios pagados por su compañía de seguros. Es responsabilidad de cada paciente pagar todos los servicios independientemente de cualquier acuerdo que pueda tener con una compañía de seguros, empleador, sindicato, gobierno o demanda legal. Si su compañía de seguros no paga la reclamación a tiempo, usted es responsable del pago de la cantidad contratada en su totalidad.

Medicare: Physical Therapy & Hand Centers, Inc. está autorizado por Medicare para brindar servicios de terapia física. Enviaremos una reclamación completa electrónicamente a Medicare por usted.

Todos los pacientes: Si no pueden asistir a su cita, avísenos con 24 horas de anticipación. Por cada cita que no se presente y cada cancelación sin previo aviso de 24 horas, se agregará una tarifa de \$50 a su cuenta. Los pacientes son responsables de notificar a Physical Therapy & Hand Centers, inc. de cualquier cambio en su(s) seguro(s) y presentar su(s) nueva(s) tarjeta(s) de seguro al Coordinador de Atención al Paciente. Los pacientes que no notifiquen a Physical Therapy & Hand Centers, Inc. sobre cualquier cambio de seguro (incluidos, entre otros, grupos médicos, reasignaciones de Medicare, etc.) son los responsables finales del pago de las reclamaciones, independientemente del tipo de seguro.

Autorizo a Physical Therapy & Hand Centers, Inc. a proporcionar a mi compañía de seguros ya mi médico toda la información solicitada sobre mi enfermedad o lesión.

Autorizo y asigno todo el dinero que se me debe pagar según los términos de cualquier póliza de seguro, contrato o derecho de terceros como resultado de los servicios prestados por Physical Therapy & Hand Centers, Inc. a Physical Therapy & Hand Centers, Inc.

Firma de Paciente : _____ Fecha: _____

Gracias por tomarse el tiempo de leer y comprender estas Políticas financieras. Si tiene alguna pregunta o tiene alguna circunstancia especial, no duden en comentarlos con nosotros.