

# Foot & Ankle Clinic

Of Central Nebraska

## Acuerdo Financiero

**Responsabilidad Financiera del Paciente:** Entiendo que soy responsable directa y principal de pagar el monto de todos los cargos incurridos por los servicios proporcionados por el Foot & Ankle Clinic of Central NE. Los procedimientos electivos, incluyendo pero no limitado a Shockwave y Tratamientos Láser, requieren el pago completo después del primer tratamiento. En el caso de una cirugía, entiendo que puede haber un requisito de pago inicial.

**Sin Seguro Médico:** El pago será debido al tiempo en el cual se brinda el servicio.

**Presentación de Seguros y Reclamaciones:** Entiendo que el Foot & Ankle Clinic of Central NE presentará una reclamación con mi(s) plan(s) de seguro como cortesía para mí. El Foot & Ankle Clinic of Central NE no acepta la responsabilidad de negociar reclamaciones con mi compañía de seguros. Si mi compañía de seguros requiere copago, entiendo que debe pagarse al hacer el registro de entrada antes de mi cita. El Foot & Ankle Clinic of Central NE preautorización de los servicios quirúrgicos proporcionados en el hospital o centro quirúrgico con mi plan de seguro para determinar la cobertura basada en la necesidad médica.

Entiendo que el Foot & Ankle Clinic of Central NE no acepta pagos de seguros como pago completo. Soy responsable de cualquier deducible, copago o coseguro, así como de todos los servicios no cubiertos o denegados por mi compañía de seguros.

Foot & Ankle Clinic of Central NE presentará reclamaciones de terceros y vehículos a motor a petición con la información adecuada. Si mi compañía de seguros no paga el Foot & Ankle Clinic of Central NE de manera oportuna por cualquier razón, entiendo que seré responsable del pago rápido de todas las cantidades adeudadas a la Foot & Ankle Clinic of Central NE.

**Autorización/Asignación de Beneficios:** Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar mi reclamo de seguro. Autorizo que todo pago hecho de mi parte sea pagado directamente a el Foot & Ankle Clinic of Central NE por servicios proporcionados.

**Colecciones:** Si mi cuenta se remite a la agencia de cobro o abogado para asuntos relacionados con la recaudación, entiendo que soy responsable de todos los costos asociados con la agencia de cobro, así como de cualquier cargo legal. Si se toman medidas de cobro en mi cuenta, también entiendo que es posible que no pueda seguir recibiendo atención médica en el Foot & Ankle Clinic of Central NE y que mi relación con mi proveedor puede estar en riesgo.

He leído y entiendo este acuerdo financiero.

**Nombre del Paciente** (Imprenta) \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_

**Firma**(Paciente) \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

O

**Firma**(Garante del Paciente) \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_