



## **POLÍTICA FINANCIERA**

¡Gracias por elegirnos su proveedor de atención médica!

La siguiente es una declaración de política financiera que le pedimos que lea y firme antes de cualquier tratamiento. Los servicios médicos requieren un compromiso de tiempo, energía y recursos financieros para satisfacer sus necesidades.

\*\* Si usted tiene seguro médico, verificaremos sus beneficios y elegibilidad.

Esta verificación no es una garantía de pago y en última instancia, usted es responsable de cualquier cambio o actualización del plan de seguro.

### **Contrato de Seguro:**

Su cobertura de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Si somos un proveedor contratado por su compañía de atención de seguros, manejaremos sus reclamos de acuerdo con su compañía en particular. Como cortesía para usted, estaremos encantados de tramitar su seguro primario y secundario. Si tiene más de dos compañías de seguros, usted será responsable de tramitar el tercer seguro.

Los deducibles de pago, copagos y cualquier otro servicio no cubierto deben pagarse en el momento del servicio. En caso de que los deducibles y/o copagos no puedan ser verificados en el momento del servicio, recibirá un estado de cuenta enviado por correo y se espera que realice su pago al recibirlo. Se espera que los pacientes no asegurados paguen en su totalidad al momento del servicio.

### **Menores:**

El adulto que acompaña a un menor es responsable del pago total o hacer arreglos para el pago en el momento de la visita. Un padre o tutor legal debe acompañar al menor en su visita inicial.

### **Cuentas Retrasadas:**

Acepto ser financieramente responsable de cualquier saldo sin pagar debido a servicios y tarifas prestados por Endure Urgent Care. Entiendo que, aunque tengo seguro, es posible que algunos servicios no estén cubiertos por ese plan de seguro. Si esto ocurre, acepto pagar el monto total adeudado por los servicios y tarifas.

Otorgo permiso a Endure Urgent Care, sus agentes o cesionarios, para discutir mi cuenta y divulgar cualquier información a cualquier tercera parte pagadora a través del servicio postal de EE.UU., fax o cualquier medio electrónico con el fin de ayudar en el pago de cualquier saldo adeudado, o verificar de otro modo la información personal proporcionada.

\*Además, se entiende y acepta que Endure Urgent Care se reserva el derecho de cobrar un cargo financiero mensual, de acuerdo con la ley, para cualquier saldo pendiente de pago. Además, se acuerda que Endure Urgent Care determina si es necesario emplear una agencia de cobro para recuperar cualquier saldo pendiente de pago, acepto pagar todos y cada uno de los honorarios de cobro y los costos gastados para efectuar la recuperación, incluidos todos y cada uno de los honorarios de abogados evaluados por cualquier tribunal.

## **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS/DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA**

Autorizo y solicito que el pago de los beneficios por parte de mi compañía de seguros primaria y mi compañía de seguros secundaria se realice directamente a Endure Urgent Care por los servicios prestados a mi o a mi dependiente. Entiendo que mi compañía de seguros solo puede cubrir una parte de la factura total. Además, entiendo que puedo ser responsable de todos los cargos no cubiertos por esta asignación.

Además, autorizo a Endure Urgent Care divulgar toda la información escrita a la compañía de seguros mencionada anteriormente y/o sus representantes designados para fines de reembolso por los servicios prestados.

Por el presente documento, libero a Endure Urgent Care, sus oficiales, agentes, empleados y cualquier personal clínico asociado con mi caso de toda responsabilidad que pueda surgir como resultado de la divulgación de información a la compañía de seguros mencionada anteriormente o a los representantes designados en relación con su pago por los servicios facturados a mi nombre.

Al firmar este documento de asignación y divulgación, reconozco lo siguiente:

- Entiendo que esta información no se utilizara a menos que se suscite lo anterior – la compañía de seguros nombrada o sus representantes designados solicitan registros de información para propósitos de reembolso; o tratar de tomar medidas en relación con el pago de servicios;
- Acepto participar y ayudar. Ayudar a Endure Urgent Care y a sus representantes designados con cualquier proceso de apelación necesario para cobrar el (los) pago(s) por los servicios prestados en mi nombre;
- He sido informado de la disposición de los Estatutos, Normas y Reglamentos federales y estatales que protegen la confidencialidad de mis registros médicos/clínicos;
- Entiendo que este documento de asignación y divulgación es una autorización y está sujeto a revocación en cualquier momento, excepto que se hayan tomado medidas en base al mismo;
- Acepto que su documento de asignación y liberación es válido mientras sea paciente de Endure Urgent Care y que es mi responsabilidad mantener a la clínica actualizada con cualquier cambio de los beneficios del seguro;
- Endure Urgent Care está solicitando los beneficios de la compañía de seguros mencionada anteriormente y no puede asumir la responsabilidad de garantizar el pago o cualquier cambio de la compañía de seguros;
- Endure Urgent Care tiene el derecho a contratar a un tercero para que se encargue de cualquier propósito de facturación y/o cobro;
- Si se suscita un pago excesivo, se enviará un cheque de reembolso por correo a la parte autorizada que se le debe el pago excesivo;
- Endure Urgent Care tendrá derecho al monto total de sus cargos sin compensación,
- Puedo solicitar una copia de este documento de Asignación y Divulgación firmado.

---

Nombre impreso del paciente

---

Fecha

---

Firma del paciente