

Colorado Springs Dermatology Clinic, P.C.
South Location: 170 S. Parkside Drive
North Location: 2060 Briargate Pkwy, Ste 150
Colorado Springs, CO 80910

Poliza y Autorización financieras

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Gracias por elegir a Colorado Springs Dermatology Clinic. Nuestros médicos y personal están comprometidos a brindarle la mejor atención médica. Lea este formulario con atención, ya que describe nuestra poliza con respecto al pago y la autorización para presentar su reclamo de seguro médico.

Todos los pacientes deben proporcionar información personal y de seguros precisa y completa antes de su cita. Es responsabilidad del paciente asegurarse de que tengamos su información más reciente. Si no se nos proporciona información precisa en el momento del servicio, es posible que usted sea responsable del pago total de todos los servicios prestados. Todos los copagos aplicables y los saldos anteriores vencen al momento del servicio. Colorado Springs Dermatology Clinic tiene contratos de proveedores preferentes con la mayoría de las compañías de seguros. Su cobertura de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. La Clínica de Dermatología de Colorado Springs no es responsable de los servicios denegados por su compañía de seguros. Es para nuestra ventaja, así como para su responsabilidad, conocer y comprender la cobertura de su seguro médico. También es su responsabilidad saber si su compañía de seguros requiere una remisión antes de su cita.

Autorización financiera: Por la presente autorizo a mi médico a facturar a mi compañía de seguros por los servicios prestados. También asigno a mi médico los pagos del seguro por los servicios que se me brindan. Si estos beneficios no se pagan a mi médico, acepto enviar todos los pagos del seguro médico que reciba por los servicios prestados inmediatamente después de recibirlos. Soy responsable del pago de todos los cargos por los servicios prestados al paciente mencionado anteriormente. El pago se realizará con prontitud, a medida que se presenten las facturas, con la liquidación total o los arreglos apropiados para la liquidación.

El abajo firmante certifica que leyó este documento y que es el/la paciente o está debidamente autorizado como agente general del paciente para ejecutar estos consentimientos y acuerdos y acepta estos términos.

Pagos: Aceptamos efectivo, cheques, Visa, MasterCard, Discover, American Expres, y con previa aprobación Care Credit. Una vez recibidos los estados de cuenta, los saldos pendientes vencen en un plazo de 30 días. Si su cuenta se vuelve atrasada, puede ser enviada a una agencia de cobranza.

Citas perdidas: Hay un cargo de \$ 90 por las citas quirúrgicas perdidas en el Centro de Cirugía de Mohs. Si debe cancelar una cita, llame y avisenos al menos 24 horas antes de su cita. Después de tres casos de ausencias, la práctica puede optar por terminar nuestra relación con usted.

Al firmar a continuación, reconoce haber leído, comprendido y aceptado detenidamente los términos anteriores.

Firmado: _____ Fecha: _____

Colorado Springs Dermatology Clinic, PC cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.