



## Política Financiera de la Práctica y Acuerdo de Paciente

Este Acuerdo Financiero ("Acuerdo") hecho entre Riverside Digestive & Liver Health Clinic ("Clínica") y el paciente firmado abajo ("Paciente").

---

### 1. Pago por Servicios

- El Paciente acepta que es el responsable financiero último de todos los servicios prestados por la Clínica, incluidos, entre otros, consultas, pruebas, procedimientos y cualquier otro servicio proporcionado. El Paciente entiende que la Clínica puede facturar estos servicios según la tarifa establecida.
- 

### 2. Verificación de Seguro, Facturación y Responsabilidad del Paciente

- El Paciente entiende que la Clínica puede presentar reclamaciones a su(s) proveedor(es) de seguro en nombre del Paciente. El Paciente es responsable de proporcionar información precisa sobre el seguro.
- El Paciente acepta pagar cualquier saldo pendiente o cantidad no cubierta por el seguro, incluidos, entre otros, deducibles, copagos o montos de coinsurance, así como cualquier cargo por servicios que no estén cubiertos por el plan de seguro del Paciente. Si no tiene seguro, el Paciente es responsable del monto total adeudado al momento del servicio.
- Si la póliza de seguro del Paciente requiere una derivación de médico de atención primaria, aprobación previa o cualquier otra pre-autorización para que el Paciente reciba servicios, es responsabilidad del Paciente asegurarse de que la derivación necesaria esté vigente y haya sido presentada a la Clínica antes de recibir los servicios. Si no se presenta la aprobación previa o la pre-autorización requerida, o si no se requiere dicha autorización, el Paciente será personalmente responsable del pago por los servicios prestados por la Clínica (incluidos todos los proveedores afiliados).
- En el momento del servicio, el Paciente, como asegurado, debe pagar cualquier deducible y/o copago. El Paciente también puede ser responsable del pago de cualquier reclamo que sea:
  - Denegado
  - No pagado debido al deducible
  - Parcialmente pagado



- Parcialmente pagado debido a la determinación arbitraria del seguro de "tarifas usuales o habituales"
- Coinsurance
- Si la reclamación del Paciente está involucrada en litigios y/o disputas entre aseguradoras, el Paciente sigue siendo financieramente responsable. El Paciente debe pagar cualquier saldo que su aseguradora designe como su responsabilidad. También es responsabilidad del Paciente notificar a la Clínica cualquier cambio en la cobertura o plan de seguro tan pronto como ocurra, para evitar demoras en la atención o servicios prestados.
- El Paciente es el responsable último de verificar la cobertura o los beneficios de su seguro. Aunque la Clínica asistirá al Paciente, la Clínica no es responsable de verificar la cobertura o los beneficios del seguro del Paciente, ni es responsable de la información incorrecta proporcionada por la compañía de seguros. El Paciente es responsable de determinar si su plan de seguro cubre los servicios proporcionados por la Clínica. La Clínica recomienda que el Paciente verifique la cobertura de su seguro antes de recibir atención.

---

### 3. Asistencia Financiera y Planes de Pago

- La Clínica puede ofrecer planes de pago o programas de asistencia financiera para pacientes elegibles. El Paciente acepta discutir cualquier preocupación financiera o solicitar asistencia con la administración de la Clínica. Cualquier acuerdo de planes de pago debe ser acordado por escrito.

---

### 4. Métodos de Pago

- Los pagos por los servicios prestados por la Clínica pueden realizarse a través de varios métodos, incluidos, entre otros, tarjetas de crédito/débito, cheques, efectivo u otros servicios financieros de terceros.

---

### 5. Política de Citas Perdidas y Cancelaciones

El Paciente acepta notificar a la Clínica al menos [48] horas de antelación para cancelar o reprogramar citas para evitar una tarifa por cita perdida. Si el Paciente no cancela o reprograma una cita con el aviso requerido, se aplicarán las siguientes tarifas:

- **Tarifa de \$100** por citas perdidas en la clínica



- **Tarifa de \$500** por citas perdidas de procedimientos

La Clínica se reserva el derecho de cobrar estas tarifas si el Paciente no cancela o reprograma dentro del plazo especificado.

---

#### **6. Saldos Pendientes y Cobro**

- El Paciente acepta pagar puntualmente cualquier saldo pendiente en su cuenta. Si no se realiza el pago dentro de los términos acordados, la Clínica se reserva el derecho de derivar la cuenta a una agencia de cobranza. El Paciente será responsable de cualquier tarifa adicional incurrida debido a cobros, incluidas, entre otras, tarifas de agencia de cobranza, honorarios de abogados y costos judiciales.
- 

#### **7. Acuerdo de Pago**

- El Paciente acepta pagar todos los cargos en su totalidad o de acuerdo con los términos establecidos por la Clínica. Si surge alguna disputa sobre los cargos, el Paciente acepta comunicarse directamente con la Clínica para resolver el problema.
- 

#### **8. Consentimiento para el Tratamiento y Responsabilidad Financiera**

Al firmar este acuerdo, el Paciente consiente el tratamiento proporcionado por la Clínica y reconoce su responsabilidad de pago según lo establecido en este Acuerdo.

---

#### **Firma del Paciente o Parte Responsable**

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

#### **Información del Paciente**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Si firma en nombre del Paciente:

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_