

Nuestra Política ACTUALIZADA de Pago para Pacientes sin Seguro (Self-Pay)

Estamos comprometidos a brindar atención de alta calidad y una comunicación clara con respecto a las responsabilidades financieras.

Si se considera paciente sin **seguro (self-pay)**, el **pago total vence en el momento en que se prestan los servicios**.

Puede ser considerado paciente sin seguro si:

- No tiene cobertura de seguro activa.
- Su seguro no puede ser verificado antes de su visita.
- Su seguro está fuera de la red o no es aceptado por nuestra clínica.
- La información del seguro proporcionada está incompleta o es incorrecta.

En este momento, ya no ofrecemos exenciones (waivers) de pago.

Información del Seguro

Es su responsabilidad proporcionar información de seguro actual y precisa antes de su cita.

Si su seguro no puede ser verificado al momento del servicio, se le requerirá pagar como paciente sin seguro.

Si Proporciona Información de Seguro Actualizada

Entendemos que la información del seguro puede cambiar.

Si posteriormente proporciona un seguro válido y activo:

1. Presentaremos el reclamo a su compañía de seguros.
2. Una vez que el pago sea recibido y procesado por nuestra oficina,
3. Cualquier sobrepago que haya realizado será reembolsado oportunamente.



Los reembolsos se emiten después de que el pago del seguro haya sido recibido y aplicado a su cuenta.

Reconocimiento de Responsabilidad Financiera

Al firmar a continuación, usted reconoce que:

- Es responsable del pago de los servicios recibidos.
- El pago vence al momento del servicio cuando se le clasifica como paciente sin seguro.
- Los reembolsos (si corresponden) se emiten después de que se reciba el pago del seguro.
- Ha recibido una copia de nuestras tarifas para pacientes sin seguro.

Agradecemos su comprensión y la oportunidad de brindarle atención.

Firma del Paciente/Parte Responsable: _____

Nombre en Letra de Molde: _____

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

