



## FINANCIAL RESPONSIBILITY POLICY

**CO-PAGOS:** Debido en cada visita antes de cualquier procedimiento de diagnóstico que se esté realizando

**MEDICARE:** Hollywood Diagnostics Center participa y acepta la asignación con la Parte B de Medicare. Proporcione su tarjeta de identificación de Medicare durante el proceso de registro. Deducibles que aún no son satisfecho son su responsabilidad. Los pacientes sin seguro secundario son responsables del 20% coaseguro

**SEGUROS DE HMO:** Si usted participa en un HMO, Hollywood Diagnostics Center enviará cargos a su aseguradora por cualquier estudio realizado. Los copagos se recogerán antes de que los servicios sean prestados. Los deducibles que aún no se cumplan son de su responsabilidad y esas cantidades también se recogerán antes de que se presten los servicios. Por favor, consulte con la oficina de su proveedor de atención médica antes de su visita para asegurarse de que el Centro de Diagnóstico de Hollywood ha recibido la autorización apropiada y la referencia para cada estudio que se está haciendo. Tenga en cuenta que la autorización de su proveedor de seguros no es una garantía de pago. Cualquier cargo que su proveedor de seguros no pague será en última instancia su responsabilidad.

**SEGUROS COMERCIALES:** Aunque participamos y aceptamos asignaciones con la mayoría de los principales terceros aseguradores, percibimos su cobertura de seguro como un contrato entre el seguro empresa y usted. Deducibles que aún no están satisfechos son su responsabilidad. Los copagos se recogerán antes de realizar cualquier estudio.

**PAGO AUTÓNOMO:** Se espera que los pacientes sin cobertura de seguro paguen en su totalidad en el momento en que se presten los servicios. Aceptamos dinero en efectivo, cheques y todas las principales tarjetas de crédito.

**SALDOS DEL PACIENTE:** El pago se debe al recibo de la declaración. Los saldos no pagados dentro de los 30 días de la facturación inicial están sujetos a cobros. Si su cuenta se devuelve a colecciones, usted será responsable de todos los costos asociados y / o honorarios de abogado.

He leído la anterior Política de Responsabilidad Financiera y entiendo que, independientemente de cualquier cobertura de seguro que pueda tener, soy completamente responsable del pago de mi cuenta. Por la presente, doy fe de que tengo proporcioné información personal y de seguro al mejor de mi conocimiento para asegurar el pago completo y oportuno.

---

**NOMBRE DEL PACIENTE (Por favor, escriba en letra de imprenta)**

---

**FIRMA DEL PACIENTE / PADRE / TUTOR LEGAL**

---

**FECHA**