



POLÍTICA FINANCIERA

Usted es financieramente responsable con Advanced Dermatology como paciente, padre, tutor o asegurado de todos los cargos cubiertos pero no pagados por su seguro. Estos cargos pueden incluir deducibles, coseguros, copagos o gastos de su bolsillo. Usted es también responsable de todos los cargos que usted autorice que no estén cubiertos por su seguro. Por favor tenga en cuenta que los programas de Medicare y Medicaid han identificado ciertos servicios de paciente ambulatorio que se excluyen de la cobertura. Es su responsabilidad comprender qué tipo de cobertura de seguro usted tiene. Además, es su responsabilidad determinar si se requiere una derivación o autorización previa para cualquier procedimiento realizado.

- Su saldo de cuenta se debe pagar dentro de los 30 días de la fecha del estado de cuenta, a menos que haya hecho otros arreglos con la Oficina Administrativa (402-991-6878).
- Recolectamos TODO saldo adeudado antes de cada visita.
- Si no tiene Cobertura Médica (pago por cuenta propia), el pago total debe realizarse en el momento del servicio.
- El pago de Servicios Cosméticos se debe realizar en el momento del servicio.
- Aceptamos dinero en efectivo, Visa, Mastercard, Discover y American Express.
- Se cobrará un cargo por servicio de \$30 por todo cheque rechazado.
- Si no puede pagar su saldo de cuenta en su totalidad, podría ser elegible para un plan de pago. Por favor contacte a la Oficina Administrativa al 402-991-6878 para recibir opciones disponibles.
- Si no puede pagar su saldo oportunamente, será contactado por nuestro proveedor de cobranzas, Transworld Collections, Inc.

He leído las condiciones de tratamiento y pago de arriba y estoy de acuerdo con su contenido

Firma del paciente/Padre/madre si es un menor	Relación	Fecha
---	----------	-------

Se ofreció una copia al paciente: Aceptada

Rechazada

No se ofreció