

Fecha _____

Nombre _____
(en letra de imprenta)

Fecha de Nacimiento _____

Gracias por elegir Gastroenterology Group of Naples (GGN). Lea y firme esta Declaración de Estado Financiero antes de su cita. Los pacientes que no pagan en su totalidad en el momento del servicio deben completar la información requerida y formularios de seguro antes de que el servicio sea prestado.

Usted puede esperar recibir las facturas siguientes, como resultado de su visita:

- **Honorario del Médico:** La tarifa que tiene que pagar al médico por realizar el servicio. Esta factura será de Gastroenterology Group of Naples, PA o United Digestive Florida.
- **Honorario de Laboratorio:** Si se ordena una prueba de laboratorio, usted recibirá una segunda factura del laboratorio o radiólogo.

Algunas compañías de seguros requieren certificación previa para el servicio. Haremos todo lo posible para verificar sus beneficios y obtener certificación previa necesaria antes de su cita. Esto no es una garantía de pago.

Su compañía de seguros le enviará una Explicación de Beneficios que detallará cómo pagaron su factura fue pagada y cualquier monto por el cual usted sea responsable. Es su responsabilidad entender sus beneficios de seguro.

Algunos planes de seguro requieren que usted pague diferentes gastos de bolsillo con base en el lugar donde se brindan los servicios. También se pueden aplicar deducibles, coseguros y copagos de acuerdo a su plan de seguro. Por ley, usted es responsable de estas cantidades, así como de los servicios no cubiertos descritos en su plan de salud. Presentaremos reclamaciones primarias, secundarias y terciarias en su nombre, siempre y cuando la información necesaria para procesar el reclamo se obtenga y verifique antes de su visita. Si esta información se obtiene después de su visita, el paciente o la persona inscrita serán responsables del saldo.

GGN acepta dinero en efectivo, cheques y tarjetas de crédito. GGN y sus afiliados colectan copagos en el momento del servicio. Pagos adicionales pueden ser requeridos sobre la base de su plan de seguro. Si usted tiene un saldo a pagar en cualquier filial, de su pago se aplicará primero al saldo más antiguo. En el caso de que su cuenta tenga un crédito para una de los afiliados de GGN y un déficit para otro, nos reservamos el derecho de transferir créditos a los saldos pendientes antes de emitir un reembolso.

Cuestiones adicionales relativas al régimen de facturación o el pago deben ser dirigidas de la siguiente manera:

- **Para una visita próxima,** llame a la oficina donde está planificada su cita y pida hablar con el consejero financiero.
- **Para visitas previas,** llame a 239.649.1186.

Si no puede asistir a su cita, reprogramela al menos 48 horas antes. Se le cobrará \$25 por cada cita perdida. Se le cobrará \$30 por cada cheque devuelto.

REASIGNACIÓN DEL PACIENTE Y DECLARACIÓN DE PRENSA

Al firmar abajo, entiendo las prácticas de facturación de Gastroenterology Group of Naples, PA y sus afiliados, que puedo recibir varias facturas relacionadas con mi servicio como se explica más arriba. Autorizo el pago de las prestaciones médicas a Gastroenterology Group of Naples, PA y sus afiliados, y los autoriza a dar cualquier información médica necesaria para procesar las reclamaciones. Doy a Gastroenterology Group of Naples, PA permiso para aplicar los pagos recibidos a los saldos adeudados a Gastroenterology Group of Naples, PA, o cualquiera de sus afiliados, entiendo que los pagos se aplicarán al saldo más antiguo. Entiendo que tengo la responsabilidad de pagar los copagos, deducibles, coseguros y servicios no cubiertos como se indica en mi plan de salud.

Fecha _____

Paciente / Firma del representante autorizado* **Si el paciente es menor de edad (menor de 18 años) este formulario debe ser firmado por sus padres o custodio legal.*