

# SOUTHWEST SPORT & SPINE CENTER, INC.

## POLIZA FINANCIERA

**Nombre de el paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

Poliza basica: Pago por servicios y utiles seran requeridos al tiempo de recibir atención.

Para Pacientes con aseguranza: Como una cortesia para nuestros pacientes, nosotros mandamos los cobros a su aseguranza. Nosotros tambien mandaremos los cobros a su aseguranza secundaria. Su proporción y deducible serán colectados en cada visita. Si su aseguranza no a mandado pago en 60 dias de cobrarles, la cuenta será su responsabilidad.

Pacientes con Medicare: Nosotros cobraremos a Medicare por usted. Nosotros tambien cobraremos a su aseguranza secundaria. Los deducibles y su porción tendrán que ser pagados el dia de su visita. El paciente es responsable de visitar su doctor 60 dias despues de su primera visita de terapia y cada 30 dias despues.

Pacientes con Medicaid: Todos los pacientes con Medicaid deben de traer su tarjeta de Medicaid antes de su cita. el paciente tambien es responsable de informarnos sobre cambios en su aseguranza o con su doctor primario o cambio de HMO (por ejemplo si usted tiene Molina Salud y luego cambia a Lovelace Salud). **SI FALTA 2 CITAS SIN AVISO PREVIO DE 24 HORAS, SERA DADO DE ALTA Y SU ASEGURANZA Y DOCTOR SERAN NOTIFICADOS.**

Pacientes que fueron lastimados en el trabajo: Si usted fue lastimado en el trabajo, necesitaremos su numero de caso y el nombre de la aseguranza antes de su primera visita para poder mandar los cobros a la compañía de aseguranza de trabajadores lastimados. (workers compensation)

Citas perdidas: Para poder ser justos con los demas pacientes nosotros requiremos 24 horas de aviso para cancelar su cita. Usted puede ser cobrado por citas que no cumpla. **Si falta su cita la compania le cobra \$25.00 por citas regulares y \$50.00 por evaluaciones nuevos.**

*Encierre por favor Si o No: Yo e pagado mi deducible de mi aseguranza por este ano. Si No No estoy seguro*

*Los PACIENTES del CUIDADO MEDICO (MEDICARE): LA FIRMA EN el ARCHIVO yo solicito que el pago de Beneficios autorizados de cuidado Medico son hechos a mi o en mi beneficio a Southwest Sport & Spine Center, Inc. para cualquier servicio me proporcione por el listo a proveedor. Autorizo a cualquier poseedor de informacion medica acerca de mi liberara a CMS un sus agents cualquier informacion necesito determinar estos beneficios o servicios relacionados. Entiendo mis pedidos de firma que ese pago es hecho y autoriza la liberacion de informacion medica necesaria para pagar el reclamo. Si "otro serguro de enfermedad" es indicado en el articulo numero 9 de la forma CMS-1500 si no donde en otro reclamo aprobado forma o los reclamos electronicamente sometidos, mi forma autoriza liberar de la informacion a la exposicion del asegurado o la agencia. En el cuidado Medico los casos asignados, el proveedor concuerda en aceptar la determinacion de la carga del portador de cuidado Medico como la carga repleta, y el paciente son responsables solo para el deducible, el coaseguro, y los servicios noncovered. El coaseguro y el deducible son basadas sobre la determinacion de la carga del portador de cuidado Medico.*

Una copia de esta firma el validad como la original

Nombre de paciente (letra despegada)

**Southwest Sport & Spine Center, Inc.**  
 2404 S. Locust Street, Suite #5  
 Las Cruces, NM 88001  
 575-521-4188

Firma \_\_\_\_\_ Testigo \_\_\_\_\_

Numero de Medicare del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**LA TAREA DE BENEFICIOS de SEGURO:** *Los pacientets con el seguro (los seguros) leyo por favor y firma abajo. Yo por la presente asigno todos beneficios medicos para incluir los beneficios medicos para incluir los beneficios medicos para incluir los beneficios medicos mayores a que soy permitido, el seguro privado, y cualquier otro planes de la salud a Southwest Sport & Spine Center, Inc. Esta tarea se quedara vigente hasta porque revocara por mi en responsable de todos cargos si o no pagara. Autoriza liberar de la informacion medica necesaria para pagar el reclamo*

Una copia de este firma es valida como la original.

Fecha \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_

Deducible \_\_\_\_\_ Iniciales de Paciente \_\_\_\_\_  
**La cantida minima de colectar cada visita para completar su deducible es \$75.00**  
 Co-Insurance \_\_\_\_\_ Iniciales de Paciente \_\_\_\_\_  
 Copayment \_\_\_\_\_ Iniciales de Paciente \_\_\_\_\_

Yo lei, yo entiendo la poliza financial para el pago de servicio profesionales. **El paciente es responsable por todo los cargos profesionales. La copia de mi firma sirve como original.**

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**SI USTED TIENE ALGUN PROBLEMA CON LA FRECUENCIA DE SUS VISITAS PARA PAGAR SUS COPAYS FAVOR DE INFORMARNOS IMMEDIATAMENTE. NOS OTROS PODEMOS PONERLO EN UN SISTEMA DE PAGOS CONVENIENTE PARA USTED.**