

**Joseph J. Furlin, M.D., S. C.**  
**Obstetrics & Gynecology**  
**675 W. North Ave, Suite 312**  
**Melrose Park, IL 60160**  
**Tel (708) 615-1100 \* Fax (708) 615-1350**

### POLITICA FINANCIERA

Gracias por elegir nuestra práctica de Obstetricia y Ginecología! Por favor tómese unos minutos para revisar la información relativa a los procedimientos de pago y facturación de los servicios que usted recibirá en nuestra práctica. Hemos proporcionado esta información para usted, porque en última instancia, usted es responsable de todos los gastos y los pagos por servicios brindados.

Tenemos un especialista de facturación para ayudarle con cualquier pregunta o preocupación que usted pueda tener con relación a los problemas de facturación y de pago.

**PRUEBA DE SEGURO:** Es la responsabilidad del paciente que nos proporcione la información de seguro más actualizada y cualquier cambio de dirección, el empleo, los números de teléfono de contacto, etc. Por favor, consulte con su compañía de seguros para asegurarse de que el médico es miembro participante de su plan médico. Tenga en cuenta que los cambios no reportados del/al seguro médico podrían dar lugar a retrasos y errores de facturación.

**SERVICIOS NO CUBIERTOS:** Tenga en cuenta que algunos o quizás todos los servicios que reciba no pueden ser cubiertos por su plan de seguro, en cuyo caso usted sería responsable de los cargos. Por favor, póngase en contacto con su compañía de seguros si tiene alguna pregunta en cuanto a qué servicios están cubiertos.

**COPAGOS Y DEDUCTIBLES:** Copagos y / o deducibles son la responsabilidad del paciente y se espera que en el momento del servicio. Si tiene alguna pregunta relacionada con este servicio, por favor pida hablar con el especialista de facturación. El monto del deducible y / o copago debe en el momento del servicio se basará en nuestro contacto con la compañía de seguros. Si sobrecargar las acordamos consolidar alguna diferencia con precisión ya tiempo. Cualquier pago recibido como consecuencia del error de facturación será pagado con prontitud al pagador apropiado.

**NO SEGURO MEDICO:** Si usted no tiene seguro medico y quiere pagar por su cuenta, el pago en su totalidad por la consulta y los servicios de laboratorio se debe en el momento del servicio.

**FORMAS DE PAGO:** Para su comodidad, aceptamos efectivo, cheque personal, y tarjetas de crédito. Se agregará un cargo por cheque devuelto de \$ 30.00 a su cuenta por cada cheque.

**PRESENTACION DE RECLAMACIONES:** Como una cortesía a usted, vamos a presentar un reclamo para todos los servicios de Dr. Joseph J. Furlin a su compañía de seguros. Su falta de cumplimiento oportuno a la solicitud de su plan de seguro puede dar lugar a su rechazo de la ejecución y, si es así, usted será responsable de los gastos totales. Su beneficio de seguro es un contrato entre usted y su plan de seguro.

**DECLARACIONES DEL PACIENTE:** Estados de cuenta serán enviados por correo a los pacientes con cobertura de seguro después de que su compañía de seguros se ha realizado el pago o denegado la reclamación. La declaración reflejará todos los cargos no cubiertos por su compañía de seguros y cualquier pago recibido. El pago se espera en el plazo de 30 días. Si no ha recibido el pago dentro de este plazo, se enviará una segunda declaración. En el caso de que se requiera una tercera y última declaración se tomarán medidas adicionales de colección. Si el pago no se recibe en este periodo, usted puede ser despedido de la práctica y la notificación se hará por correo certificado.

**POLITICA DE NO ASISTENCIA:** Si pierde 3 o más visitas sin la cancelación o la reprogramación en al menos 24 horas de anticipación que puede ser despedido de la práctica y la notificación se hará por correo certificado.

Gracias por tomarse el tiempo de leer esta información importante. De nuevo, si usted tiene alguna pregunta, por favor, pida hablar con el especialista de facturación.

\*He leído lo anterior Joseph J. Furlin, M.D., S.C. Política de arriba y Procedimiento acordado cumplir con su guía.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente o Persona Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Persona Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha