



Responsabilidad Financiera, Asignación de Beneficios Y Aviso de Recibo de las Prácticas de Privacidad

Responsabilidad Financiera

El pago de todos los servicios profesionales prestados se deben pagar en el momento del servicio. Si usted tiene seguro médico, es su responsabilidad asegurarse de que tengamos la información correcta y actualizada para mandar la cuenta al seguro. También es su responsabilidad de pagar el copago, el coseguro y el deducible en el momento del servicio, puesto que nuestros contratos con las compañías de seguros nos exigen cobrar estas cantidades. Si usted no tiene el copago consigo en el momento del servicio, puede que se le pida que haga una nueva cita. Para su comodidad, aceptamos pagos en efectivo, cheque, tarjetas de débito y de crédito.

Si usted no está cubierto por seguro médico, Sterling Health Solutions le ofrece un descuento de tarifa por escala decreciente para aquellos que califiquen. Sin embargo, incluso para los no asegurados, el pago por los servicios prestados se requiere en el momento del servicio. Nuestra política de Escala de Tarifa Decreciente está disponible a su petición y explica el programa en detalle.

Asignación de Beneficios Y Recibo de las Prácticas de Privacidad

Por este intermedio asigno todos los beneficios médicos, incluyendo los beneficios médicos principales, a los cuales tengo derecho. Por este intermedio autorizo y dirijo a mi(s) compañía(s) de seguros, incluso a Medicare, seguro privado y a cualquier otro plan de salud o médico, que haga pago (s) directamente a Sterling Health Solutions por servicios médicos proporcionados a mí y/o a mis dependientes sin tener en cuenta mis beneficios de seguros, si estos existieren.

Tengo entendido que soy financieramente responsable por el copago, el coseguro y los deducibles al tiempo del servicio por cualquiera de los servicios prestados que "no son cubiertos" por mi seguro.

Certifico que la información del seguro que he proporcionado a Sterling Health Solutions es verdadera y que es mi obligación de saber los requisitos como pagador y garantizar que se han cumplido.

Tengo entendido que puede que mi(s) seguro (s) no pague(n) el 100% de la cantidad de la reclamación médica por los servicios prestados y puede que yo sea responsable de cualquiera y todas las cantidades no pagadas por mi(s) seguro (s).

Estoy de acuerdo en notificar a Sterling Health Solutions de cualquier cambio en la información que he proporcionado.

Esta asignación de beneficios se mantendrá en efecto hasta que sea revocada por mí por escrito a Sterling Health Solutions.

Mi firma abajo reconoce que he revisado el **Aviso de Prácticas de Privacidad**, se me ha dado una copia a petición mía, y entiendo mis derechos como paciente.

Firma del Paciente/ Parte Responsable

Fecha

Testigo

Fecha