



SANDERS THERAPY GROUP

TARIFAS Y ACUERDOS FINANCIEROS

PÓLIZA DE FALTAS: Yo comprendo que requiere 24hrs con anticipación para cancelar una cita. Si yo falto o cancelo menos de 24 horas antes de mi cita que agende, \$25 serán aplicados a mi cuenta. Una tarifa de \$50 se aplicará a la 2da y 3ra falta si falta. (*WORKERS COMP y Accidente Automovilístico - esta tarifa será procesados a su cuenta personal y NO a la aseguranza.*)

TARJETAS DE CRÉDITO EN EL SISTEMA: Nosotros requerimos que usted nos permita guardar su tarjeta de crédito en el sistema en nuestra oficina. Nosotros realizamos nuestros pagos a través de nuestro sistema PCI compatible, y nuestro software de gestión de prácticas seguro. Cuando usted entre, nosotros pasaremos su tarjeta en el sistema. Su información de pago se almacena en servidores seguros para futuras transiciones. El personal de nuestra oficina no tendrá acceso a su tarjeta. Para su protección, solo los últimos 4 dígitos de su tarjeta se mostrará en nuestro sistema.

SALDO SIN PAGO: Si queda un balance/saldo pendiente más de 30 días después de que fue dado de alta de nuestro servicio, se facturará a su tarjeta de crédito registrada el saldo restante.

EXENCIÓN PARA SERVICIOS NO CUBIERTOS: Yo comprendo que los materiales no son cubiertos por la aseguranza en los servicios que estoy solicitando y no son cubiertos por mi proveedor. Asigné y aprobó el pago directo a Sanders Therapy Group de los beneficios del seguro por los servicios prestados. Soy responsable financieramente de los gastos no cubiertos por esta asignación. Entiendo que es mi responsabilidad verificar con mi compañía de seguros cuáles son mis beneficios de terapia, junto con mi obligación financiera por los tratamientos de terapia.

CARGO FINANCIEROS: Sanders Hand Therapy aplicará una carga financiera (\$25 cargo por pago atrasado o 1.5% de la factura total por mes adicional) a mi cuenta(s) que estén restantes 30 días después de mi factura. Para evitar que se me facturen cargos financieros, aceptó realizar pagos mensuales hasta que se pague el saldo en su totalidad. Y se me recomienda que me comunique con el departamento de facturación de Sanders Therapy Group (Supreme Billing) si necesito establecer un plan de pago. Los saldos adeudados por más de 90 días sin un plan de pago se transferirán a cobranzas con Cascade Credit Services.

PACIENTES DE PAGOS EN EFECTIVOS: Yo comprendo que los pagos para terapia SON PAGADOS AL MISMO TIEMPO DEL SERVICIO y que la aseguranza no será cobrada por Sanders Therapy Group para pacientes de PAGOS EN EFECTIVOS. Todo los costos serán responsabilidad del paciente. Sanders Therapy Group NO facturará retroactivamente ningún seguro una vez que se haya establecido el estado de pago en efectivo.

CESIÓN DE BENEFICIOS: Como un paciente o guardián legal, yo estoy de acuerdo de pagar por todos los servicios que recibí de acuerdo con los términos y condiciones establecidos en esta póliza. Yo autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para demostrar los reclamos de la aseguranza. Cesión de beneficios: si es aplicable, yo autorizo que los beneficios de la aseguranza se paguen directamente a Sanders Therapy Group.

He leído y estoy de acuerdo con todas las afirmaciones anteriores.

Firma del paciente/guardián

Fecha