

# Foot and Ankle Health Center

815-730-8200

## Poliza Financiera del Paciente

Somos dedicados a provenir el mayor cuidado y servicio posible a usted y tambien aseguramos que tenga un entendimiento completo de nuestra poliza financiera. Si usted tiene alguna pregunta, favor de preguntar a la recepcionista o a un supervisor.

- Como nuestro paciente, usted es responsable de autorizaciones y referidos necesarios para el cuidado en nuestra oficina.
- Al menos de otros arreglos que aigan sido recomendados por usted o su aseguransa de salud, pagos para la oficina tienen que ser pagados al tiempo de su cita. Nosotros aceptamos VISA, MasterCard, efectivo o cheques.
- Su poliza de aseguransa es un contrato entre usted y la compania de seguros. Nosotros mandaremos el reclamo del costo de la cita a su aseguransa. En otras palabras, usted acepta que su aseguransa pague al doctor directamente. Si su aseguransa no paga a la oficina durante un tiempo razonable, usted seria responsable por los pagos.
- Nosotros emos hecho arreglos con las aseguransas y otros beneficios de salud para poder aceptar la asignacion de beneficios. Nosotros cobraremos a su plan de aseguransa y solo sera requerido que pago co-pago/co-aseguransa/deducible al tiempo de servicio.
- Todos los planes de salud no son igual y no cubren los mismos servicios. En un caso que su aseguransa decidan que el servicio no es cubierto, o usted no tenga autorizacion, usted seria responsable por el costo completo. Nosotros intentaremos verificar beneficios para algunos servicios de especialistas, pero usted permanence responsable por cualquier servicio dado. Nosotros recomendamos que los pacientes verifiquen o aclaren sus beneficios antes del servicio.
- Debe de informar a la oficina de cualquier cambio de aseguransa o cualquier cambio de requisito en su plan de aseguransa. En el evento de no aver informado a la oficina usted seria responsable de los cargos rechazados por la aseguransa.
- Por los servicios proveidos en un hospital, nosotros cobraremos a su aseguransa. El resto del balance sera su responsabilidad.
- Cualquier cuenta atrasada en pagos, sera sujeto a mandarse al procedimiento de colecciones. Todos los costos incluyendo, pero no limitados a costos de abogado o costos de cone seran su responsabilidad en adiccion del balance debido a la oficina.
- Ay un cargo de \$25 por todos los cheques regresados. Su aseguransa no cubre estos cargos.

### Firma del Paciente/Guardian:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre:

Iniciales del paciente indicando haber recibido una copia

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Foot and Ankle Health Center

## 815-730-8200

### Patient Financial Policy

We are dedicated to providing the best possible care and service to you and regard your complete understanding our financial policies as an essential element of your care and treatment. If you have any questions, please discuss them with our front office staff or supervisor.

- As our patient, you are responsible for all authorizations/referrals needed to seek treatment in this office

Unless other arrangements have been made in advance by you, or your health insurance carrier, payment for office services are due at the time of service. We will accept VISA, MasterCard, cash or check.

Your insurance policy is a contract between you and your insurance company. As a courtesy, we will file your insurance claim for you if you assign the benefits to the doctor. In other words, you agree to have your insurance company pay the doctor directly. If your insurance company does not pay the practice within a reasonable period, we will have to look to you for payment.

- We have made prior arrangements with insurers and other health plans to accept an assignment of benefits. We will bill those plans with which we have an agreement and will only require you to pay the co-pay/co-insurance/deductible at the time of service
- All health plans are not the same and do not cover the same services. In the event your health plan determines a service to be "not covered," or you do not have an authorization, you will be responsible for the complete charge. We will attempt to verify benefits for some specialized services; however, you remain responsible for charges to any service rendered. Patients are encouraged to contact their plans for clarification of benefits prior to services rendered.

You must inform the office of all-insurance changes and authorization referral requirements. In the event the office is not informed, you will be responsible for any charges denied.

For most services provided in the hospital, we will bill your health plan. Any balance due is your responsibility.

Past due accounts are subject to collection proceedings. All fees including, but not limited to collection fees, attorney fees and court fees shall become your responsibility in addition to the balance due this office.

There is a service fee of \$25.00 for all returned checks. Your insurance company does not cover this fee.

**Signature of Patient/Responsible Party:** \_\_\_\_\_

Printed Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Witness: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Printed Name: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Patient initials to indicate copy received.

Financialpolicy01