



Responsabilidad Financiera

Gracias por escoger Community of Hope para su asistencia médica. Antes de que proveamos servicios, queremos que Usted entienda sus responsabilidades financieras.

- Una cuota es pagable cuando proveemos tratamiento. Aceptamos efectivo, cheque, tarjetas de crédito, y seguridad en donde somos el Proveedor Principal de Servicios Médicos (PCP), si aplica.
- Es su responsabilidad saber los beneficios de su seguridad médica. Podemos ayudar y responder a preguntas que Usted tiene sobre su seguridad. Haga las preguntas antes de su visita. Tenemos personal que pueden ayudarle en aplicar para seguridad también.
- Si Usted no tiene seguridad médica, puede ser elegible para un descuento. Usted tiene la responsabilidad de llenar una Aplicación de Escala Móvil de Honorarios de COH antes de recibir servicios para aplicar estos descuentos.
- Es su responsabilidad traer su tarjeta de seguridad a su visita y proveer información actual y correcta sobre su seguridad. Le vamos a pedir que haga Community of Hope su Proveedor Principal de Servicios Médicos (PCP).
- Si su seguridad no es activa o no cubre sus servicios, Usted tendrá que pagar por los servicios proveídos. Tenemos la capacidad de no exigir algunos costos dependiendo de sus ingresos y las circunstancias.

Yo he leído estas expectativas y mi firma abajo significa que tengo un entendimiento claro de mis responsabilidades financieras. Yo entiendo que en el caso que mi seguridad niega cubrir y/o pagar los servicios dados, o si no cumpla los requisitos para la escala móvil de honorarios, podría tener la responsabilidad financiera de pagar todos los cargos completos.

Estoy de acuerdo y he recibido una copia de la hoja “Responsabilidad Financiera” de COH.

Nombre de paciente (en molde): _____

Firma de paciente: _____ Fecha: _____

Si es necesario:

Nombre de representante de paciente (en molde): _____

Relación con el/la paciente: _____

Firma de representante del paciente: _____ Fecha: _____