

RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

Es responsabilidad del paciente para mantener actualizada toda la información demográfica y seguros. Se espera que los pagos en el momento de la visita, así como deducibles, pagos de co-seguro o pago por los servicios no cubiertos. Si referencia es necesaria para su visita, es la responsabilidad exclusiva de cada paciente a llegar con esa referencia. Si no tienes la referencia necesaria a la hora de su cita, pago será debido al tiempo de servicio. **Se aplicara una cuota de \$30.00 por cheques devueltos.**

Autorizo a Loudoun Gastroenterology para solicitar los beneficios por los servicios prestados. Certifico que la información que he proporcionado con respecto a la cobertura del seguro es correcta. Además autorizo la información incluyendo información médica, por cualquier reclamo relacionado a mi compañía de seguros con el fin de determinar beneficios. Solicito que el pago de beneficios autorizados debe ser pagado a Loudoun Gastroenterology

. Entiendo que soy financieramente responsable por el pago total por los servicios prestados que pueden incluir servicios no cubiertos. Estoy de acuerdo que todas las cuentas son debidas y pagables a Loudoun Gastroenterology.

Entiendo que si mi cuenta en mora; El abogado a pagar honorarios o gastos de la colección de Loudoun Gastroenterology.

He leído mi responsabilidad y e proporcionado información veraz y correcta de seguro y demográfica. Inmediatamente nos notificara de cualquier cambio en mi compañía de seguro de salud, incluyendo Nuevo ID #.

INFORMACION DE CANCELACION DE CIRUGIA

Programación de su operación requiere de un esfuerzo coordinado de varios departamentos; comenzando con su médico y entre ellos el Hospital. Evaluación en el hospital por administrado, enfermería y personal de anestesia también es un periodo lento y costoso. También se debe obtener autorización de su compañía de seguros para su operación.

Cancelación de la cirugía abecés es inevitable debido a problemas médicos o conflictos importantes que no se puede evitar. Estas cancelaciones, sin embargo, pueden resultar en tiempo quirófano sin usar. Otros pacientes que podrían ser beneficiados de este tiempo, no pueden hacerlo al menos que el tiempo en el quirófano esté disponible.

Por lo tanto, un mínimo de 72 horas (3 días hábiles) notificación se requiere para la cancelación de una cirugía. Si usted debe cancelar su cirugía, por favor llame la oficina 703-858-3060. Falta de notificación de la cancelación en el tiempo resultara en un cargo de \$300.00. Este cargo será debitado de su cuenta.

*** Las excepciones a esta información se ara solo para emergencias y conflictos fuera de su control. He leído esta información y entiendo que la cancelación de mi cirugía puede resultados en un cargo de \$300.00.**

Nombre _____ Firma _____ Fecha _____