

NORA MEDICAL GROUP

**6969 N Lincoln Avenue
Lincolnwood, Illinois 60712
(847) 674-1200**

NORMAS DE PAGO Y ACUERDO FINANCIERO PARA PACIENTES

Es su responsabilidad de aportar a Nora Medical Group su información actualizada de seguro médico, además de su información demográfica en el momento de su visita (por ejemplo: dirección, teléfono, etc.)

Las siguientes son las normas de pago y el acuerdo financiero entre Nora Medical Group, S.C. y Usted. Las hemos colocado por escrito para que nuestros pacientes entiendan claramente nuestro proceso de pago y recolección de cuentas por servicios prestados.

En consideración por los servicios médicos prestados, estoy de acuerdo y acepto el siguiente contrato:

Acepto entera responsabilidad financiera por los servicios dados por Nora Medical Group. Entiendo que los pagos se deben hacer el día del servicio prestado, a menos que sea prohibido por contratos existentes entre Nora Medical Group y mi compañía de seguro médico. Entiendo que si mi seguro médico así lo determina, debo hacer un co-pago al momento de mi visita y que este co-pago o cualquier otro deducible es irrevocable.

Por servicios y procedimientos que han sido facturados a mi seguro médico, entiendo que soy personalmente responsable de los cargos, en el caso de que mi seguro no haga el correspondiente pago dentro de 90 días y para tal fin he aportado el número de tarjeta de crédito/débito abajo anotado para cubrir estos cargos.

Entiendo que de vez en cuando mi doctor puede solicitar exámenes de laboratorio, medicinas, vacunas, procedimientos o terapias preventivas que son medicamente necesarias, pero que mi seguro médico puede no cubrirlos. Autorizo a Nora Medical Group cubrir esos cargos con el número de tarjeta de crédito/débito anotada abajo.

Entiendo que para cualquier procedimiento realizado en la oficina, Nora Medical Group verificará su cubrimiento con mi compañía de seguro médico antes de ser este realizado. Estoy de acuerdo en pagar un depósito del 50% del valor del procedimiento, por procedimientos no cubiertos por mi compañía de seguro médico y el saldo restante en 30 días. Autorizo a Nora Medical Group cargar mi tarjeta de crédito/débito anotada abajo por el saldo pendiente después de 30 días. Entiendo que cualquier dinero pagado en exceso me será devuelto y depositado en mi tarjeta de crédito/débito anotada abajo.

Entiendo que Nora Medical Group necesita con 24 horas de anticipación mi llamada telefónica para cancelar o cambiar mi cita médica, si así no lo hiciera, entiendo que se cobrará a mi cuenta \$30.00

Entiendo que existen planes de pago y que puedo discutirlos con Nora Medical Group. En caso de que el pago completo de mi saldo no sea recibido dentro de 3 meses de un plan de pago acordado, autorizo a Nora Medical Group cargar mi tarjeta de crédito/débito abajo anotada.

Entiendo que si mi saldo es enviado a una agencia de verificación de crédito (collections), seré excluido de la práctica y no tendré derecho a servicios médicos, excepto en el caso de una emergencia así determinada por el médico tratante y únicamente por 30 días después de haber sido excluido de la práctica. Entiendo que tengo derecho a recibir recomendaciones de otros médicos en el área para continuar con mi cuidado de salud en otro lugar.

Entiendo que en el caso de que mi tarjeta de crédito/débito sea inválida o no sea aceptada, se me cobrará \$25.00 por cargos de facturación. Entiendo que si por cualquier razón, mi cheque es devuelto por fondos insuficientes, mi cuenta será penalizada con \$25.00 por cada cheque devuelto.

Las siguientes son formas de pago: efectivo, cheque, money order y tarjeta de crédito/débito.

Nosotros le otorgamos a Usted la oportunidad de discutir cualquier aspecto de nuestras normas de pago y acuerdo financiero si así lo requiere.

Nora Medical Group, SC

FORMA ACUSO RECIBO DE LAS POLITICAS DE PAGO

Yó _____, acuso recibo de las políticas y procedimientos referentes al pago de servicios médicos brindados a mi por **Nora Medical Group, SC**. Estas políticas reflejan como nosotros procesamos su información financiera.

Yó entiendo que Nora Medical Group, SC tiene el derecho reservado de modificar estas políticas. Yó tambien entiendo, que una copia de las políticas modificadas me será enviada o estará disponible para mi.

Yó entiendo que si no puedo venir a mi cita, debo llamar a la oficina de Nora Medical Group, SC para cancelar mi visita con veinti cuatro (24) horas de anticipación. Si no lo hago así, acepto pagar el costo de US\$25 dolares por incumplimiento.

Firma _____ Fecha _____

Si Usted no es el paciente, por favor especifique su relación con el paciente _____.

Nombre _____

Número de tarjeta (Visa/MC) _____

Fecha de Vencimiento _____

Código de seguridad (localizado detrás de la tarjeta) _____

Firma _____ Fecha _____

Testigo _____ Fecha _____