

DR. ERIC FINZI & ASSOCIATES

General & Cosmetic Dermatology

Chevy Chase Cosmetic Center • 240-482-2555 | Dermatology & Cosmetic Surgery Associates • 301-345-7375

Consentimiento Pago y Asignación - POR FAVOR LEA ATENTAMENTE ANTES DE FIRMAR

CESIÓN DE SEGURO: Si usted tiene seguro, una reclamación de reembolso por los servicios prestados hoy será presentado en base a la información que ya ha proporcionado hoy para *Dermatología & Asociantes Cirugía Cosmética* o el *Centro Cosmético Chevy Chase*. Usted se compromete a autorizar y asignar los pagos de seguro para este tipo de servicios a la Práctica, y autorizar la liberación de su información medica para el tratamiento, de reembolso y de facturación. Usted entiende que es su responsabilidad de pagar por servicios no cubiertos, coseguros, copagos y deducibles. Nuestra práctica se basará en la información del seguro que usted proporciona en el día de su visita a presentar una reclamación de reembolso y las pruebas de laboratorio adicionales si es necesario.

PACIENTES DE MEDICARE: Este consentimiento autoriza la divulgación de su información médica a la Administración del Seguro Social y los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid, o sus intermediarios, o cualquier información que se necesita para esto y reclamos relacionados con Medicare. Usted esta de acuerdo para solicitar el pago de beneficios de seguro médico para nuestra práctica. Usted entiende que usted es responsable de cualquier deducible de seguro de salud, copagos y servicios no cubiertos / procedimientos no cubiertos, incluyendo pero no limitado a, todos los cambios para laboratorio pruebas se asociados con su visita.

PACIENTES DE MEDIGAP: Este consentimiento autoriza MEDIGAP beneficios (secundarios) hacerse en su nombre por los servicios que se le. Autoriza al consultorio para liberar cualquier de su información médica necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados.

REFERENCIAS: Usted entiende es su responsabilidad obtener una referencia de su médico de atención primaria antes de su cita, si es necesario. Si una referencia válida no está presente en el momento de su cita, puede que tenga que reprogramar su cita, o pagar en su totalidad en el momento de servicio.

HONORARIOS LABORATORIOS: Servicios, como biopsias, escisiones, y otras cirugías de eliminación de la piel, requieren pruebas de laboratorio para descartar el cáncer de piel. Usted está de acuerdo con la práctica la realización de dicha pruebas en *Dermatología y Cirugía Cosmética*, y/o en un laboratorio externo que considere convenientes para procesamiento portaobjetos y interpretación. Para pacientes asegurados, proporcionaremos el laboratorio con su información de seguro y recibirá facturas separadas por los servicios de laboratorio prestados. Usted entiende que nosotros no controlamos los costos de honorarios de laboratorio de un patólogo externo/ laboratorio.

PACIENTES DE AUTO-PAY: El pago es debido en su totalidad por todos los servicios prestados en el día de servicio. Esto también se aplica a los procedimientos cosméticos, que pueden requerir el pago adelantado en su totalidad antes de la fecha de servicio. Si se requiere la probas de laboratorio, se la facturara directamente desde el laboratorio después de que los servicios de laboratorio se han completado.

SALDOS: Los saldos pendientes de los pacientes mayores de 90 días serán asignados a una agencia de cobros. Todos los saldos vencidos deben ser pagados antes de la prestación de servicios adicionales. Cheques devueltos están sujetos a un cargo adicional de \$30. Todas la preguntas de facturación deben ser dirigidas a nuestro departamento de facturación al 1-888-222-2125.

CITAS PERDIDAS: Su hora de la cita está reservada específicamente para usted. **Le pedimos que usted le da 24 horas de anticipación si necesita cancelar su cita. Una cuota de \$ 50.00 se le cobrará por citas perdidas y / o citas no canceladas 24 horas de antelación.** Entendemos que las circunstancias de emergencia pueden surgir y podrían dar lugar a una cita perdida o cancelar el mismo día. Si se produce una emergencia, por favor póngase en contacto con nuestra oficina para preguntar sobre la renuncia esta tarifa. Con posterioridad perdido o el mismo día cancelación de una cita dará lugar a la cuota(s) está recogiendo antes de cualquier solicitud de cita futuro.

Este acuerdo es válido para todos los episodios de atención prestados por los proveedores asociados con *Dermatología & Asociantes Cirugía Cosmética y Centro Cosmético Chevy Chase*. **Su firma reconoce que esta de acuerdo las políticas descritas y el consentimiento para tratamiento, servicios de diagnóstico y/o cosméticos como ordenados y/o prestados por el médico(s) y los proveedores de *Dermatología & Asociantes Cirugía Cosmética y Centro Cosmético Chevy Chase*.**

X _____
 Firma de paciente o tutor legal Fecha

NOTIFICACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Estamos obligados a proporcionarle con una copia de nuestro **Aviso de Prácticas de Privacidad** (adjunto), que como podemos usar y/o divulgar su información medica. Por favor inicie este forma de acusar recibo de la notificación.

Soy un paciente o padre / tutor legal de un paciente de *Dermatología & Asociantes Cirugía Cosmética y Centro Cosmético Chevy Chase* y acuso recibo de su Notificación de Prácticas de Privacidad con mi firma abajo.

X _____
 Nombre del paciente

X _____
 Firma de paciente o tutor legal Fecha

