



Medical Genetics of Nevada LLC

Susanna Sorrentino, MD, FACMG, FAAP
2538 Anthem Village Drive, Suite 110
Henderson, NV 89052
Phone: 702-732-6800
Fax: 702-932-9611

Estado Financiero

Gracias por elegir Medical Genetics of Nevada para la atención médica de usted/su hijo/a. Estamos comprometidos a proporcionar la mejor atención posible.

Esta es nuestra política financiera que describe el acuerdo entre nuestra práctica y el paciente/los padres del paciente/ los tutores del paciente. Lee atentamente este documento para obtener una comprensión clara de la relación financiera entre usted y su compañía de seguros así como la relación financiera y la responsabilidad entre usted y la práctica. Si hay alguna pregunta por favor no dude en preguntar a un miembro de nuestro equipo.

Usted es responsable de proporcionar información válida del seguro en el momento de la visita. Si la información no puede ser verificada o los servicios se consideran no cubiertos por su seguro usted será considerado un paciente de auto pago y se requerirá el pago completo en el momento de la visita. Se requiere el pago de los servicios que se le proporcionarán a usted /a su hijo/a. En algunos casos no podremos proporcionar un gran total antes de ver al médico también para determinar los tratamientos que se le proporcionan son Usted/su hijo/a.

Si usted o su hijo/a requieren algún servicio fuera de la práctica (por ejemplo pruebas genéticas) estos servicios son facturados directamente por el laboratorio. Estos servicios se consideran parte de la evaluación del médico y usted puede recibir la factura del laboratorio por cualquier responsabilidad financiera después de sus procesos de seguro la reclamación. Sí proporcionará información de contacto para el laboratorio para facilitar la comunicación.

Cualquier exposición financiera para copagos/coseguros y deducibles son obligaciones contractuales entre usted y la compañía de seguros. Debe pagar su copago en el momento de la visita a la oficina. Si hay un coseguro o deducible se cobrará el monto total de la visita. Si es necesario, se le proporcionarán reembolsos una vez que se procese la reclamación. Los copagos, los seguros deseo y los deducibles no pueden ser eximidos por la práctica ya que es una violación de nuestro contrato con las compañías de seguros a encontrar en peligro nuestra participación con ellos.

Si no puede mantener una cita requerimos una notificación 24 horas o más antes de la hora de la cita. Si no confirma la cita dentro de las 24 horas se cancelará. Aunque no se cobrará ningún cargo si no hay espectáculos cancelaciones o llegadas tardías el médico se reserva el derecho de despedir al paciente de la práctica.

Los hijos recién nacidos/adoptados: su hijo/a está cubierto durante los primeros 30 días por la póliza de seguro de la madre independientemente de que padre proporcionará cobertura en el ir. Debe ponerse en

contacto con su compañía de seguros tan pronto como sea posible para agregar al nuevo niño a su póliza. La cobertura permanente debe estar en su lugar antes de la terminación de la cobertura automática para recién nacidos. Esto debe completarse antes de la hora de la cita. Si los pasos no se completan antes de la hora de la cita su visita puede ser reprogramada o retrasada y usted puede ser personalmente responsable de la factura.

Presentaremos una reclamación de adjudicación al seguro proporcionado. Si hay un problema con la compañía de seguros que procesa su reclamo es posible que se le contacte para ayudarlo con el procesamiento (Por ejemplo en correcta identificación del suscriptor válida coordinación de beneficios indicación de custodiar no pago de la prima ETC). Si su compañía de seguros no paga en un plazo de 60 días nos reservamos el derecho de comenzar a facturar directamente. Después de 90 días la cuenta se considerará amorosa y puede ser colocada con una agencia de cobro externa.

Nos reservamos el derecho de realizar su cuenta en nuestra agencia de cobros después de que todos los esfuerzos internos para obtener el pago se han agotado. Todas y cada una de las cuentas colocadas con la agencia de cobro están sujetas a nuestros cargos y a los asociados con la referencia de su cuenta. Además esto puede causar que Usted/ su hijo/a sea dado de alta de la práctica lo que resulta en que Usted/ su hijo/a tenga que buscar tratamiento de otro médico genético.

Medical Genetics of Nevada no participará en disputas entre padres con custodia y no custodios. La persona que firmó la política financiera será la persona que es responsable de cualquier pago debido a la práctica.

El abajo firmante está de acuerdo con los términos y condiciones enumerados anteriormente dentro de esta política financiera.

Debo negarme a firmar esta política financiera, en última instancia estoy de acuerdo en pagar en su totalidad en el momento del servicio. Certifico que la información proporcionada es exacta.

Por la presente lo autorizó Medical Genetics of Nevada Proporcionar a mi compañía de seguros cualquier información médica solicitada directamente asociada con el procesamiento de la reclamación.

Por la presente cedo a Medical Genetics of Nevada cualquier beneficio por los servicios prestados (los pagos de su compañía de seguros irán directamente al médico tratante).

Por la presente cedo mi consentimiento a Medical Genetics of Nevada para tratar al niño/a mencionado anteriormente y aceptó que será directamente responsable de todos los costos y gastos relacionados con el examen, diagnóstico y tratamiento médico para mi hijo/mi dependiente.

Firma: _____

Nombre Impreso: _____

Fecha: _____