



Mike S. Shin, M.D.

**MIKE S. SHIN, MD FINANCIAL &
APAGADOACUERDO SOBRE
POLÍTICAS DE HIELO**

Con el fin de reducir la confusión y el malentendido entre nuestros pacientes y la práctica, hemos adoptado los siguientes y la oficina pólizas. Si tiene alguna pregunta sobre la forma, por favor discutirlos con nuestro gerente de oficina. Nos dedicamos a brindar el mejor cuidado y servicio posible a tú, y considerar su total comprensión de su responsabilidad financiera como un elemento esencial de su cuidado y tratamiento.

Usted firma a continuación forma un acuerdo vinculante entre Mike S. Shin, MD, Inc, el proveedor de servicios médicos, y el paciente que está recibiendo servicios médicos, o la parte responsable de los pacientes menores (aquellos que son menores de 18 años de edad). La parte responsable es la persona que es financieramente responsable del pago de las facturas médicas.

NO SHOW Y POLÍTICA DE CANCELACIÓN

Con el fin de proporcionar el mejor servicio y disponibilidad posible a todos nuestros pacientes, por favor llámenos lo antes posible si usted sabe que usted necesita cancelar o reprogramar su cita. No hay ningún espectáculo, cancelación tardía o tarifa de reprogramación si no cancela o reprograma su cita antes de las 24 horas de su cita. La tarifa es de \$25,00 para las visitas de oficina, y \$50,00 para los procedimientos de oficina, o prueba auditiva (prueba de audio). La tarifa es de \$175,00 para la cirugía.

POLÍTICA DE FORMULARIOS Y EXPEDIENTES MÉDICOS

Habrà un honorario del formulario \$25,00 para cada forma de FMLA, forma del seguro, y para los expedientes médicos.

PÓLIZA DE COPAY Y BALANCE

Pague cualquier copago requerido en el momento de la visita.

Un acuerdo por escrito debe ser hecho entre el gerente y la parte responsable. éste para cualquier disposición de pago realizada. El saldo completo se debe a la recepción de la declaración.

POLÍTICA DE IMPAGO A CUENTA

Para cualquier proceso de cobro u otras acciones legales que sean necesarias para cobrar una cuenta vencida, el paciente o la parte responsable del paciente entienden que el Dr. Mike S. Shin tiene el derecho de revelar a Kings Credit Services todos los datos personales y de cuentas relevantes información necesaria para cobrar el pago de los servicios prestados. Una vez que se haya colocado una cuenta en nuestra agencia de cobranzas, habrá una carga adicional de \$25,00 que se añadirá a su cuenta, y tendrá que encontrar otro médico para hacerse cargo de su atención.

POLÍTICA DE CHEQUES DEVUELTA

Si un pago se realiza en una cuenta mediante cheque, y el cheque se devuelve como fondos no suficientes (NSF), cuenta cerrada (AC), es responsabilidad del paciente o tutor del paciente por el monto de cheque original, además de un cargo de servicio de \$25,00. Le enviaremos una carta para notificar a la parte responsable del cheque devuelto. Si no hay respuesta dentro de 10 días a partir de la fecha de la carta, la cuenta será enviada a nuestra agencia de cobro y un cargo por demora de \$25,00 se añadirá al saldo pendiente, y un cargo adicional de servicio de cheque \$25,00.

PÓLIZA DE SEGURO

Como cortesía, le archivaremos su reclamo de seguro si usted le asigna los beneficios al médico, en otras palabras, usted acepta que su seguro le pague directamente al médico. Si usted compañía de seguros no paga la práctica dentro del período de tiempo razonable (dentro de 45 días), usted puede ser responsable del saldo de la cuenta. Si no nos notifica cualquier cambio en el seguro, usted es totalmente responsable de cualquier monto no pagado por su compañía de seguros.

ACUERDO FINANCIERO

Por la presente autorizo a Mike S. Shin, M.D. para que proporcione a mi compañía de seguros toda la información que ellos solicitan acerca de mi enfermedad o lesión presente. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre por los servicios prestados a mí por la parte que acepte la asignación. Entiendo que soy financieramente responsable de hacer pagos rápidos a la cuenta de Mike S. Shin, M.D. como se presentan las facturas. Acepto pagar intereses a la tasa legal en caso de que la cuenta se convierta en delincente, y si se hace necesario que la cuenta sea remitido a un abogado para la recolección, pagaré los honorarios del abogado real y los gastos de cobro. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier cargo no cubierto por esta asignación. También entiendo que el hecho de no hacer el pago por cualquier servicio no cubierto resultará en que mi cuenta sea enviada a los servicios de crédito de Kings.

AVISO DE POLÍTICAS DE PRIVACIDAD

Me han presentado y dado una copia de la notificación de política de privacidad de esta práctica, detallando cómo mi información puede ser utilizada y divulgada según lo permitido por la ley federal. Entiendo el contenido de la notificación, y sujeto a las siguientes restricciones relativas a mi información médica personal. Acepto las divulgaciones nombradas en el aviso: aviso de prácticas de privacidad de Mike S. Shin, M.D.

Tengo Entender y acordado por Mike S. Shin las políticas de la oficina y desean continuar el cuidado.

Paciente nombre _____

Paciente/ Firma del tutor _____ Fecha _____

Firma de witness _____ Fecha _____