First Flight Health Centers™

Acuerdo de Facturación

Seguro Médico:

Comprendo que es mi responsabilidad como paciente entregar una copia de mi tarjeta de seguro a First Flight Health Centers (FFHC) en el momento en el que recibo el servicio. Autorizo el pago directamente a FFHC o a los médicos o sus personas designadas de los beneficios de servicios médicos aquí especificados y de otra forma pagaderos a mí, pero sin exceder los cargos regulares. Comprendo que soy responsable de todos los cargos hasta que las facturas se paguen en su totalidad y por el saldo de los cargos que el seguro no cubra. Si por alguna razón mi compañía de seguros (incluyendo Medicare) deniega el pago, autorizo a FFHC a actuar en mi nombre para apelar el pago.

*SOLAMENTE PARA PACIENTES DE MEDICARE - Certifico que la información dada por mí al solicitar el pago bajo el Título XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo a cualquier persona, incluidos los médicos o sus personas designadas, que tenga información médica o de otro tipo sobre mí a divulgar a la Administración del Seguro Social o al programa Medicare toda la información necesaria para este reclamo o los relacionados con Medicare.

Pago por Cuenta Propia (no asegurado o subasegurado):

Comprendo que es mi responsabilidad completar una Solicitud para el descuento de tarifa variable y presentar mi comprobante de ingresos dentro de los 30 días de mi visita o seré responsable del 100 % de mi factura.

Saldos del Seguro/Copagos/Tarifas Nominales del Descuento de Tarifa Variable:

Soy consciente de que los saldos del seguro/copagos/tarifas nominales del Descuento de Tarifa Variable son mi responsabilidad. Puedo pagar con efectivo, cheque o tarjeta de crédito en la oficina, llamando al Departamento de Facturación al 937-586-9733 / opción 1, luego opción 2, en el Portal del Paciente o en el Portal Instamed (https://firstflighthealthcenters.org/pay-my-bill). *Si un pago por cheque es devuelto por falta de fondos, los gastos se añadirán a mi cuenta y seré responsable de pagarlos.

Teleconsultas y consultas de bienestar:

Entiendo que First Flight Health Centers proporciona teleconsultas con audio y/o video como un servicio adicional a los pacientes según lo determine la necesidad. Soy consciente de que son servicios facturables con un costo asociado similar al de una consulta en el consultorio. Entiendo que al venir a una consulta programada de bienestar/preventiva para el seguro, si se plantean nuevos problemas de salud o enfermedades a mi proveedor, es posible que mi consulta deje de facturarse como consulta de bienestar/preventiva y se facture como una consulta estándar en el consultorio. Soy consciente de que cualquier copago, coseguro, deducible o tarifa nominal de descuento aplicada para estas visitas será mi responsabilidad.

Estados de Cuenta:

Comprendo que solo recibiré 3 estados de cuenta de antes de que mi cuenta pueda ser enviada a una agencia de cobranza externa. También soy consciente de que si FFHC recibe correo devuelto porque no he proporcionado una dirección postal correcta/actualizada, es posible que me envíen a una agencia de cobros externa.

Acuerdos de pago:

Comprendo que, si hay un saldo adeudado, puedo incluirlo en un Plan de pago si me resulta imposible pagar el total. También comprendo que, si no establezco el plan de pago con FFHC o no cumplo con mis pagos programados, es posible que se me envíe a una agencia de cobranza externa. Los planes de pago pueden establecerse poniéndose en contacto con el Departamento de Facturación o en el Portal Instamed.

Cobranzas:

Comprendo que, si me envían a una agencia de cobranza externa dos (2) veces, se me puede dar de baja de la clínica y ya no podré recibir servicios en First Flight Health Centers.

Mi firma, o la de mi representante autorizado, indica que he leído, comprendo y estoy de acuerdo con las condiciones anteriores y que he proporcionado información exacta.

_____	_____	_____
Firma del paciente o de los garantes	Relación	Fecha

_____	_____
Nombre del paciente en letra de imprenta	Fecha de nacimiento del paciente