



Greenleaf Medical Associates

401 S. Greenleaf St, Ste 1, Park City, Il 60085
565 Lakeview Pkwy, Ste 100-C, Vernon Hills, Il 60061
Ph (847)662-0978 / Fx (847)662-1395
www.greenleafmedical.com

Poliza de Reconocimiento Financiero del Paciente, Cancelacion y Oficina

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____

Poliza de Reconocimiento Financiero del Paciente

Entiendo y acepto que **mis responsabilidades** son las siguientes:

- Los cargos no cubiertos por mi plan de aseguransa, como los copagos y deductibles aplicables, son mi responsabilidad.
- Es mi responsabilidad de estar familiarizado con mi plan de aseguransa y los beneficios que ofrese. Esto incluye que copagos y deductibles son requeridos.

Entiendo y acepto lo siguiente:

- **Co-Pago:** Co-pagos son pagados en el momento de la visita. Si no puedo pagar el co-pago, entiendo que mi cita sera reprogramada para otro momento. Esto resultara en una multa por faltar a la cita.
- **Los Saldos Pendientes:** Los saldos deben ser pagados antes de la hora de servicio. Las cuentas no pagadas pueden ser enviadas a colecciones y pueden resultar en ser dado de alta de la clinica.
- **Pacientes Que Pagan de Su Bolsillo:** El pago es debido en el momento de la visita.
- **Insuficiencia de Fondos (NSF):** Un cargo de \$50 sera aplicada si los cheques son devueltos por el banco por insuficiencia de fondos.
- **Llamadas Despues de Horas:** Todas las llamadas no urgentes despues de las horas regulares realizadas al proveedor de guardia son sujetas a una tarifa de \$30 si no son una **verdadera emergencia**.

Poliza de Cancelacion

Con el fin de ser coherentes con nuestra filosofia practica, Greenleaf Medical Associates utiliza un sistema de citas que deja suficiente tiempo para atender a un paciente dependiendo de las necesidades actuales del paciente. Si no se presenta a su cita, o no nos notifican de su incapacidad de presentarse a su cita por telefono **con al menos 24 horas de anticipacion**, el tiempo que ha sido asignado para su visita no puede ser utilizado para tratar a otro paciente y es un tiempo perdido para nuestra oficina.

Nuestra poliza es la siguiente:

CITA NORMAL O DE ENFERMEDAD (15 MINUTOS)	CITA PARA FISICO/PAPANICOLAOU (30 MINUTOS)	RESULTADO
Primer Evento – sin 24 horas de notificacion	-	Advertencia
Segundo Evento – sin 24 horas de notificacion	Primer Evento – sin 24 horas de notificacion	\$50
Tercer Evento – sin 24 horas de notificacion	Segundo Evento – sin 24 horas de notificacion	\$50 y dado de alta por la clinica

Si se aplica un cargo, se le pedira que pague la tarifa antes de ser programada su proxima cita. Este cargo no sera enviado a su aseguransa.

Poliza de Oficina

Nos esforzamos para darle atencion medica excelente a usted, su familia, y todos nuestros pacientes. Con el fin de proporcionarle la mayor atencion posible, les pedimos que sean obedientes con las recomendaciones de tratamiento, que atiendan a las citas programadas, y que cumplan con la poliza financiera. Tambien pedimos que usted y/o miembros de su familia sean respetuosos y usen un comportamiento adecuado con todos los miembros de la oficina y otros pacientes. El incumplimiento de la poliza anterior puede resultar en ser dado de alta por la clinica.

Es responsabilidad del paciente actualizar su informacion de contacto (direccion, numero de telefono, correo electronico) e informacion de aseguransa con nuestra oficina en cuanto hay un cambio.

He recibido, leído, comprendido y estoy de acuerdo en seguir la poliza.

Firma del Paciente o Guardian Legal _____

Fecha _____