L.L. SCHENDEL
SPEECH & HEARING CLINIC
COMMUNICATION SCIENCE & DISORDERS

FSU SPEECH & HEARING CLINIC
POLIZA FINANCIERA

Favor de leer atentamente esta póliza y si tiene alguna pregunta, no dude en consultar a un miembro de nuestro personal.

1. A su llegada a nuestra clínica debe registrarse en la recepción y presentar su tarjeta de seguro vigente. Esta es su verificación del seguro correcto y su consentimiento para facturarlos en su nombre.
    a. Si no participamos en su plan de seguro, **se espera que realice el pago total en el momento de su visita al consultorio.** Estaremos encantados de imprimirle una copia de su recibo para que pueda solicitar el reembolso a su compañía de seguros.
    b. **Los Copagos son debidos a la hora de servicio.** Usted es responsable de todos los copagos, deducibles y coaseguros.
    c. *Aceptamos varios planes de seguro médico y algunos planes HMO de Medicaid.* Consulte con nuestro personal de recepción **antes de la cita** para determinar si su plan de seguro médico es aceptado por nuestra clínica, y sobre cualquier documentación que será necesaria para su cita (por ejemplo, una orden/referido de su médico).
    d. Si la compañía de seguros que usted designé es incorrecta, **usted será responsable de pagar por la visita** y también será responsable de enviar los cargos a su plan de seguro correcto.

2. Usted es responsable de comprender su propio plan de beneficios de seguro. Es su responsabilidad saber lo siguiente:
    - Si se requiere un referido por escrito o autorización previa para ver a un Audiologo o Patólogo del habla,
    - Si su seguro requiere autorización previa, antes de que usted o su familiar reciban servicios, y
    - Que servicios están cubiertos por su seguro. No todos los servicios que ofrecemos están cubiertos por todos planes de seguros.
3. Nuestra clínica no factura planes de seguros secundarios. Si usted tiene un seguro secundario, le imprimiremos un recibo para que pueda enviarlo al reembolso. Su seguro secundario le enviara un cheque de devolución directamente a usted.
4. Después de que su seguro pague su porción del cobro, **usted es responsable de cualquier saldo en su cuenta**.
5. **Los cobros de su visita a nuestra oficina y/u consultorio deben pagarse en el momento de la visita.**

Saldos de cuentas pendientes que exceden los 30 días, serán cobrados una tarifa de re-facturación de $5 cada 30 días a menos que se hayan hecho otros arreglos previamente. ***Cargos impagos o saldos que excedan los 90 días sin ningún esfuerzo en realizar algún pago, resultara en el despido de su caso de nuestra clínica.***

6. Si usted no tiene seguro o nuestra clínica no acepta su plan de seguro, y si cree que nuestras tarifas le causarían dificultades financieras, por favor pida por una "Aplicación de Tarifa Ajustada". **Debe presentar toda la documentación para ser considerado en recibir una tarifa ajustada. Completando y entregando la aplicación no garantiza que seré aprobado.**

HE LEIDO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE ESTA POLIZA, ACEPTO CUMPLIR Y ACEPTO LA RESPONSABILIDAD DE CUALQUIER PAGO QUE PODRIA SER DEBIDO, COMO SE A HA DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO.

SEMESTRE: _____ **Cargo por sesión: _____** **Iniciales: _____**

Nombre del Cliente (Imprima): _____ Firma (Persona responsable): _____

_____ _____ _____
Nombre de la persona responsable Relación Fecha