

Jordan River Women's Health, P.C.

3584 W. 9000 S. Suite 206 West Jordan, UT 84088 (801) 561-2227

13348 S. Market Center Drive, Suite 200 Riverton, UT 84065 (385) 887-7199

POLÍTICA FINANCIERA

Con Aseguranza

- ♦ Los pacientes son responsables de conocer la cobertura de su plan de seguro incluyendo; copagos, deducibles, requisitos de referencia, autorizaciones previas y participación del proveedor.
- ♦ Se requiere una tarjeta de seguro válida en cada visita.
- ♦ Se espera que los copagos y\ o deducibles del seguro se paguen en el momento del servicio.
- ♦ Jordan River Women's Health, P.C. presentará reclamos a su compañía de seguros dentro de una semana de la fecha del servicio.
- ♦ Los pacientes son responsables de mantener la cuenta al día.
- ♦ Los pacientes son responsables de los saldos denegados por la compañía de seguros y que no se paguen dentro de los 30 días.

Sin Aseguranza

- ♦ A los pacientes de **GINECOLÓGÍA** se les pedirá que paguen el total al momento del servicio. Al pagar en su totalidad, al momento del servicio, recibirá un 20% de descuento.
- ♦ Los pacientes de **OBSTETRICIA** deben firmar un Acuerdo Financiero para establecer acuerdos de pago mensual para pagar el parto.
- ♦ Los pacientes serán responsables de mantener la cuenta al día.
- ♦ Si hay circunstancias que le impiden pagar la cuenta en su totalidad dentro de los 30 días, deberá comunicarse con nuestro departamento de facturación al 801-561-2227 para hacer arreglos de pago.

Términos y Condiciones

El paciente acepta pagar un **cargo por cheque rebotado** de \$35 por cualquier cheque devuelto. Al firmar a continuación, **acepto pagar todos los montos adeudados, en su totalidad, dentro de los 90 días a partir de la fecha del servicio.** Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar mi información demográfica y de seguro correcta/actualizada y que esta oficina facturará a mi aseguranza como una cortesía hacia mí. Sin embargo, independientemente de la cobertura del seguro, acepto que es y seguirá siendo mi responsabilidad pagar todos los montos adeudados según lo establecido en este documento. En el caso de que algún monto sea remitido a una agencia de cobro de deudas de terceros, acepto que además de cualquier otro monto permitido por la ley (como intereses, costos judiciales, honorarios de abogados, etc.) **También seré responsable de una tarifa de cobro de hasta el 40%** del monto principal adeudado según lo permitido por el Código Anotado de Utah, sección 12-1-11. Los términos de este párrafo se aplicarán a todos los montos incurridos por mí o por cualquier persona por la que tenga responsabilidad legal, ya sea que dichos montos se incurran hoy o posteriormente.

Por la presente doy mi consentimiento para ser contactado por teléfono a cualquier número de teléfono (incluidos, entre otros, números de teléfono móvil/celular) proporcionado por mí o cualquier persona asociada conmigo o que actúe en mi nombre ante Jordan River Women's Health o cualquier persona que actúe en su nombre. Entiendo y acepto que dichas llamadas pueden ser iniciadas por Jordan River Women's Health o cualquiera de sus afiliados, agentes, contratistas o cesionarios, incluidas, entre otras, agencias de cobro de terceros, y que los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de texto---algunos o todos los cuales pueden resultar en cargos de datos. También doy mi consentimiento para recibir correos electrónicos en cualquier dirección de correo electrónico proporcionada por mí o cualquier persona asociada conmigo o que actúe en mi nombre.

He leído la política financiera anterior y entiendo los términos de esta política. Acepto ser responsable del pago de todos los servicios prestados. Autorizo la divulgación de toda la información médica necesaria para procesar todas las reclamaciones de seguros relacionadas con los servicios prestados.

Firma del Paciente (Padre del menor)

Parte Responsable

Testigo

Fecha

Jordan River Women's Health, P.C.
Obstetrical Policy

En su primera visita, se le pedirá que tenga información de seguro válida. Si no tiene aseguranza médica, deberá realizar un depósito de \$300 en su cuenta. En su segunda visita, si aún no tiene aseguranza, se le pedirá que firme un acuerdo financiero para hacer pagos mensuales que cubra su atención obstétrica. Si no tiene ninguno de los anteriores, deberá reprogramar su cita para una fecha posterior.

Los honorarios de ultrasonidos y laboratorio no están incluidos en el "cargo global" y deberá pagarse en el momento del servicio.

He leído y entiendo en su totalidad la política de obstetricia anterior.

Firma del Paciente (Padre del menor)

Parte Responsable

Testigo

Fecha