



## RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

Gracias por elegir al Miami Neurological Institute como su proveedor de salud. Es muy importante que usted entienda cuáles son sus responsabilidades financieras por los servicios que usted reciba.

**Su co-pago y deducible deben de ser pagados al momento del servicio.** Para su conveniencia aceptamos pagos en cheques, efectivo, Visa, MasterCard y Discover.

Si su tratamiento incluye cirugía, nosotros contactaremos su compañía de seguro para obtener una pre-autorización; nuestro personal le informará si hay algún cargo que usted sea responsable de pagar por su procedimiento. **El costo estimado de este cargo deberá ser pagado en nuestras oficinas antes del día de su cirugía.** Después de que recibamos el reclamo ya procesado por su seguro, nosotros le enviaremos un estado de cuenta por los cargos que su seguro no haya cubierto. En caso de que haya un sobre-pago de su parte, nosotros le devolveremos la cantidad excedida.

**Recuerde que usted es responsable de todos los cargos que su seguro deje de pagar en relación a los servicios recibidos de nuestra parte.**

Un cargo de \$25.00 será aplicado a su cuenta por cada cheque que sea devuelto por el banco, es su responsabilidad pagar este cargo tan pronto como le sea notificado. El pago puede hacerlo en efectivo o con tarjeta de crédito.

Como paciente, usted nos autoriza a enviar cualquier información médica requerida por su(s) compañía(s) de seguro(s). Una copia de esta autorización podrá ser usada en reemplazo al documento original.

Si ha habido algún cambio en su seguro, es su responsabilidad notificarlo a nuestra oficina inmediatamente (aún si usted no ha recibido su nueva tarjeta). Un retraso en la comunicación con su compañía de seguro podría resultar con un balance pendiente en su cuenta y esta responsabilidad de pago recaería sobre usted.

Gracias por entender nuestra póliza con relación a su responsabilidad financiera. Por favor no dude en comunicarse con nosotros si tiene alguna pregunta al respecto.

---

Firma del Paciente o Persona Responsable

---

Fecha