

About Care GYN Associates, PLLC

Lillian M. DeCosimo, M.D.

10694 Crestwood Drive Suite A

Manassas, VA 20109

Tel: 703-222-8600 Fax: 703-222-8972

drdecosimo@aboutcaregyn.com

Políticas Financieras

Gracias por elegir a About Care GYN Associates, PLLC, la oficina de la Dra. Lillian M. DeCosimo para su atención ginecológica. La siguiente información detalla nuestras políticas financieras. Estas políticas entrarán en vigor en el momento de su primera visita con la Dra. DeCosimo y permanecerán en vigor para todas las consultas posteriores.

PACIENTES SIN SEGURO:

Todas las tarifas por los servicios prestados serán pagadas en su totalidad en el momento de su visita

CO-PAGOS (co-pay):

Los co-pagos se exigen en el momento de su visita. Si usted no tiene su co-pago en el momento de su cita, su visita, tendrá que ser reprogramada. No mandamos facturas para su co-pago. Para su comodidad, aceptamos dinero en efectivo o tarjetas de crédito MasterCard y Visa solamente.

INTERES COBRADO EN COBROS DELINQUENTES:

Después de 30 días que se le haya mandado su cobro a su seguro y no hemos recibido pago, un cobro de interes financiero de 18% será aplicado a la cantidad debida. En caso que usted no cumple con su responsabilidad debida, usted será responsable por cualquier accion legal como de abogado, nuestro costo de una agencia de colección y los cualquier costo legal que haya que utilizar para que usted pague su deuda con la Dra. DeCosimo. Todas las cuentas delinquentes se reportan directamente a todas las agencias de crédito.

COBRO SI NO SE PRESENTA A SU VISITA O FALTA DE CANCELAR SU CITA 24 HORAS ANTES

Se le cobrará **\$100.00** si usted no nos da un aviso de cancelación de **24** horas o si falta a su visita sin el aviso requerido.

SEGUROS PARTICIPANTES

Los representantes de la doctora, se encargaran de mandar los cobros a su aseguranza primaria (solamente) de sus visitas al consultorio, cirugías o cualquier otro servicio medico hecho en nuestra oficina. Completamos todos los requisitos para obtener el pago por su seguro lo antes posible. Sin embargo, cualquier reclamo(s) o cobro a su seguro que no sea pagado en 30 días a partir de la fecha que se le haya mandado el cobro a su seguro, será su responsabilidad y se le cobrara a usted directamente. Si su seguro llega a pagar el cobro despues de los 30 días, se le devolverá cualquier cantidad que se le deba.. Este reembolso se efectuara lo antes posible (usualmente en menos de una semana). Es su responsabilidad asegurarse y saber lo que su poliza de seguro medico le cubre y cuales servicios medicos seran su responsabilidad. También es su responsabilidad verificar con su seguro que la Dra. DeCosimo es un médico participante con su seguro. Esto usted lo debe saber antes de que la doctora le preste cualquier atencion medica.

NOTA: Si no tiene su tarjeta de seguro válida (información escrita o dicha por usted no será aceptada), sea este el caso, se le va a cobrar el costo de la visita medica completa en el momento del servicio. A continuación, se le puede mandar el cobro a su seguro cuando usted nos de la información necesaria y aceptable que necesitamos para procesar su cobro a su seguro y si pagara el seguro, se le devolvera su dinero como explicado anteriormente.

Por favor firme que ha leído y acepta estas políticas financieras de la Dra. Lillian M. DeCosimo.

Nombre del Paciente : _____

(Por favor escriba claramente)

Firma del Paciente: _____

(Padre / madre / guardian legal si el paciente es menor de edad)

Fecha: _____