



Date Completed: _____

MRN: _____

DOB: _____

Campus Principal: 3025 SW Corbett Ave. Portland, OR 97201
NUNM Centro de Información: 503-552-1551

Póliza Financiera

En NUNM nuestra póliza es coleccionar el pago de todos los servicios provistos en el tiempo del servicio. Pacientes quienes no pueden pagar o no han quedado de acuerdo con nuestra oficina de facturación podrán ser requeridos a cambiar su cita para otro día. Pacientes podrán recibir una factura por servicios provistos adicionales, tal como análisis de laboratorio y procedimientos ordenados durante la cita, si es que la compañía de seguro médico ajusta la factura, o si nueva información es aquerida que causara nuevos cargos. Estas facturas no son negociables.

PARA TODOS LOS PACIENTES:

- Habrá una tarifa de \$20 por cualquier cita que es perdida o no es cancelada dentro de 24 horas de la hora de la cita.
- Usted reconoce que usted es financieramente responsable por todos los cargos. Cualquier cuenta que tenga más de 120 días será enviada a una agencia de recuperación. Si es necesario efectuar la recolecta de cualquier cantidad debida en esta o subsiguiente citas, el abajofirmante acepta pagar todos los costos y cargos, incluyendo cargos razonables de abogados. Usted por este medio autoriza a los Centros de Salud de NUNM a divulgar cualquier información necesaria para asegurar el pago.
- Usted es responsable como el paciente o el fiador del paciente por el pago completo de servicios provistos en el tiempo del servicio, incluyendo Medicinales, analices de laboratorio, y analices y exámenes adicionales ordenados por los proveedores médicos.
- Póliza de Reembolso: Nosotros reembolsaremos cualquier cantidad de crédito a una cuenta 30 días después de la emisión del crédito a la cuenta. Reembolsos son emitidos por cheque y enviados por correo a la dirección del fiador de la cuenta.

TIEMPO DEL SERVICIO Y OTROS DESCUENTOS:

- Si usted aplica y califica por cualquier descuento, usted es responsable por proporcionar información correcta para toda la documentación requerida dentro de 30 días.
- Como una cortesía por pagar todos los costos en el tiempo del servicio, usted recibirá servicios médicos a precio descontado. Si usted no paga en el tiempo del servicio no se le aplicara el descuento de tiempo del servicio en su cuenta.
- Descuentos de nuestro Programa de Cuidado Compasivo pueden ser extendidos a usted basado en la información que reporta de su ingreso bruto anual.

SI USTED TIENE SERGURO MÉDICO:

- Usted autoriza la divulgación de información en su historial de salud a su portador de seguro médico y asigna todos los beneficios por servicios no pagados a los Centros de Salud de NUNM. Esta autorización es solamente aplicable para el apoyo del proceso de facturación de seguros médico.
- La pre-verificación por NUNM de su seguro médico es utilizada para determinar si hay cobertura para servicios a través de su portador de seguro médico y NO es una garantía del pago de parte de su portador de seguro médico.
- Usted es responsable de proporcionar toda la documentación correcta y completa requerida para verificar su cobertura de seguro médico y/o cobrarle a su portador de seguro médico.
- Usted entiende que los Centros de Salud de NUNM podrán requerir la presentación de comprobantes de su seguro médico en cualquier momento y que su seguro médico podrá tener que re-verificarse para determinar detalles de cobertura especificas tan a menudo como cada seis meses, si hay una denegación de un reclamo, o si hay un cambio en la cobertura.

Continuado en la página siguiente



Date Completed: _____

MRN: _____

DOB: _____

Campus Principal: 3025 SW Corbett Ave. Portland, OR 97201
NUNM Centro de Información: 503-552-1551

- Usted es responsable del pago completo y puntual de todos sus copagos de su seguro médico, deducibles, y saldos de su coaseguro debidos, incluyendo cualquier y todos los servicios que no están cubiertos o son pagados por su portador de seguro médico en el tiempo del servicio.
- Usted es responsable por los costos aunque su portador de seguro médico determine que el cuidado recibido no fue medicamente necesario.
- Podrá perder el privilegio de cobrarle a su portador de seguro médico si es que no complace con sus responsabilidades financieras o si no proporciona la documentación requerida.
- Usted entiende que los Centros de Salud de NUNM no cobraran a seguros de automóviles.

MENORES DE EDAD QUIENES SOLICITAN TRATAMIENTO SIN UN PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL (EADAES 15-17):

Yo, _____, verifico que tengo _____ años de edad. Estoy solicitando servicios médicos ambulatorios de la Universidad Nacional de Medicina Natural (NUNM). Yo estoy completamente informado(a) de los servicios que serán rendidos y consiento a esos servicios.

Método de Pago – Elija Uno e Inicialé

1. _____ Permito que NUNM le notifique a mis padres a la medida necesaria para obtener cobertura de seguro médico para los servicios rendidos.

La Información de Mi Seguro Médico es la siguiente:

Compañía de Seguro Médico _____

De Póliza _____

La dirección y número de teléfono de mis padres es la siguiente:

Teléfono: _____

Dirección: _____

2. _____ NO quiero que NUNM le notifique a mis padres sobre ninguno de estos servicios (Inicialé si es que sí) sin no es requerido por la lay. No deseo que NUNM obtenga el consentimiento de mis padres para cobrarle al seguro médico. Yo entiendo completamente que NUNM requiere que yo pague por todos los servicios en avance y que si no complazco puede resultar en la terminación de servicios. Si acaso no puedo pagar por estos servicios, NUNM puede, a su sola discreción, terminar esta relación y referirme a otros proveedores médicos apropiados.

He leído completamente, entiendo, y estoy de acuerdo con estas pólizas financieras.

Paciente (15 años o más de edad)

Fecha

Padre/Madre, Tutor Legal, Persona Responsable

Fecha