



**CHOPTANK COMMUNITY HEALTH SYSTEM
RESPONSABILIDADES FINANCIERAS DEL PACIENTE**

Nombre del Paciente: «PatientFirstNameLastName» Fecha de Nacimiento: «PatientDOB»

- Por favor llegue a sus citas a la hora indicada. Si usted llega más de 10 de minutos tarde, probablemente será necesario hacer otra cita.
- Por favor llámenos con 24 horas de anticipación si necesita cancelar o cambiar su cita.
- Si usted falta tres (3) citas en un periodo de doce (12) meses sin notificar a nuestra oficina, usted perderá el privilegio de hacer citas por adelantado.
- Usted tiene la responsabilidad de notificarnos cualquier cambio de nombre, dirección, teléfono o compañía de seguros tan pronto como esto suceda.
- Conozca las regulaciones de su seguro y pague el copago correspondiente cuando llegue a su cita. Si los copagos no son recibidos cuando usted llegue, se le pedirá que haga una nueva cita.
- Todos los balances pendientes que son la responsabilidad del garante son pagaderos al recibo de la cuenta y tienen que pagarse antes de 30 días a no ser que se haya hecho algún acuerdo especial para el pago a través de nuestra oficina de facturación.
- Cualquier cuenta que permanezca abierta por más de 120 días será enviada a una agencia de recaudación y será reportada a la agencia de crédito. La tarifa de la agencia de un 35% y las tarifas del abogado serán la responsabilidad del paciente y/o la persona responsable.
- Si usted no está asegurado, por favor pregúntele a la recepcionista por el paquete de nuestro programa de tarifa escalonada que puede calificarlo para pagar los servicios con un descuento. Usted también puede calificar para el programa de Medicaid. Maryland también tiene un programa para los niños que no tienen seguro. Si usted califica para el programa de tarifa escalonada, se necesita hacer verificación de sus ganancias al momento de la cita. Si nosotros no recibimos la documentación requerida, se requerirá que usted pague un **depósito** de \$95. Si usted provee las pruebas de sus ganancias dentro de los próximos 30 días, usted será elegible para un reembolso.
- Si usted no ha hecho ningún pago en un periodo de 4 meses por los servicios de salud prestados, usted puede ser dado de alta de Choptank Community Health System. Usted recibirá una carta informándole que usted está en peligro de ser dado de alta y que tiene 30 días para hacer el pago.
- Si el pago fue hecho con cheque y este fue devuelto o rechazado, se le cargará a su cuenta una cuota por el cheque devuelto (cargo de servicio) por \$25.00

Si tiene alguna pregunta sobre las responsabilidades financieras del paciente descritas anteriormente, por favor no tenga inconveniente en llamar a nuestro Gerente de Cuentas a Cobrar al (410) 479-9100 o al número de teléfono gratuito (877) 745-2455.

Firma de Garante: _____

Fecha: «CurrentDate»

Representante de CCHS : _____

: Fecha: «CurrentDate»