

Central Coast Oncology and Hematology

Amy McMullen, M.D.
Giselle Salmasi, M.D.
Michael Yen, M.D., PhD.

Pólizas Financieras y de la Oficina

Aseguranza:

Antes de llegar a su cita(s), le recomendamos que verifique con su compañía de seguros de que su médico es contratado como proveedor preferido "dentro de la red". Los médicos de Central Coast Oncology & Hematology no tienen un contrato con todas las compañías de seguros, por lo tanto, nuestros médicos, personal de oficina y el personal de facturación no pueden garantizar el pago de su seguro. Haremos todo lo posible para convertirnos en un proveedor contratado participante si no lo somos.

Central Coast Oncology & Hematology entiende que el cuidado de salud es un sistema complejo y el reembolso se divide en varias partes diferentes. Nos gustaría hacer todo lo posible para trabajar con usted con respecto a cualquier pregunta que usted pueda tener que rodea a los servicios que recibe; sin embargo, puede haber servicios que su compañía de seguros no cubre y que no podrán volver a la factura o re-código para esos servicios.

Por favor avise a la oficina si cualquier seguro o información personal ha cambiado. Cualquier balance que su compañía de seguros no cubra usted será responsable de pagar. Es la responsabilidad del paciente de informar a la recepcionista de cualquier cambio de seguros y presentar la tarjeta de seguro(s) en el momento de la cita para asegurar que nuestro personal pueda actualizar su expediente.

Pagos/Co-pagos: _

Co-pagos son debidos en el momento de su cita. Pedimos que nuestros pacientes que pagan en efectivo estén preparados para hacer un pago en el momento de su cita.

Recetas:

Si su médico le receta un medicamento para el tratamiento, tome el medicamento exactamente como se lo haya indicado. Si necesita un medicamento de recarga, por favor póngase en contacto PRIMERO con su farmacia y pídale que se pongan en contacto con nuestra oficina. Esta es la forma más rápida y fácil para que usted obtenga su receta. La farmacia nos enviará su solicitud de forma electrónica; nuestros médicos ahora completan la mayoría de renovaciones de medicamentos

**1669 DOMINICAN WAY • SANTA CRUZ, CALIFORNIA 95065 • TELEPHONE 831-475-2220 •
FAX 831-475-2221**

Central Coast Oncology and Hematology

Amy McMullen, M.D.
Giselle Salmasi, M.D.
Michael Yen, M.D., PhD.

electrónicamente. Si gusta discutir un medicamento, por favor llame a nuestra oficina.

Si usted está en un medicamento controlado, la ley del estado de California requiere que le veamos mensualmente con el fin de hacer la receta de recambio para usted. Si utiliza un servicio de pedidos por correo de recetas medicas, es importante que tengamos una copia de su tarjeta de recetas medicas si es separado de su tarjeta de seguro. Si tiene varias recetas que necesitan ser escritas para una farmacia de pedidos por correo, le pedimos que haga una cita.

El comportamiento abusivo:

Los médicos y personal de Central Coast Oncology & Hematology trabajan muy duro para ofrecer cuidado de salud superior. El comportamiento abusivo de cualquier tipo no será tolerado y es causa de despido inmediato.

Declaración del Paciente:

Entiendo y estoy de acuerdo en seguir las pólizas financieras y de la oficina de Central Coast Oncology & Hematology. Cualquier violación de estos términos está sujeto a la remisión a una agencia de cobro y/o el despido inmediato. He leído y entendido toda la información anterior. Yo autorizo y solicito a mi compañía de seguros a pagar directamente a Central Coast Oncology & Hematology del importe(s) de vencimiento de mi reclamo por los servicios prestados a mí. Entiendo que la información sobre mi atención médica se dará a conocer a mi compañía de seguros como parte del proceso de facturación. Entiendo que tengo el derecho de negar a divulgar esta información; sin embargo, mi denegación puede resultar en la inhabilidad de cobrar a mi compañía de seguros. También estoy de acuerdo que si la cantidad es insuficiente para cubrir todo el gasto médico y el procedimiento o ser transferido a mi deducible, voy a ser responsable del pago de la diferencia. Si la naturaleza del servicio sea tal que no está cubierto por mi póliza de seguro, voy a ser responsable del pago de la totalidad del proyecto de ley. Mi firma abajo indica mi aceptación de estos términos.

Nombre en Letra de Molde

Fecha

Firma de Paciente o Tutor

Fecha de Nacimiento

**1669 DOMINICAN WAY • SANTA CRUZ, CALIFORNIA 95065 • TELEPHONE 831-475-2220 •
FAX 831-475-2221**