



Thomas E. Melchione, M.D., F.A.C.O.G. • Tanya Maagdenberg, M.D., F.A.C.O.G. • Laura Watters, M.D., F.A.C.O.G.
 Matthew J. Susanka, M.D., A.B.O.G • Alison Hastings, D.O. • Raquel Kronen, M.D., • Jeannette Frei, M.D.

SACRAMENTO OFFICE
 77 Cadillac Dr., Suite 230
 Sacramento, CA 95825
 Fax: 916 920-5709

MIDTOWN SACRAMENTO OFFICE
 2901 K St., Suite 209
 Sacramento, CA 95816
 Fax: 916 619-7224

SOUTH SACRAMENTO OFFICE
 8120 Timberlake Way, Suite 201
 Sacramento, CA 95823
 Fax: 916 681-7909

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

NOMBRE DE PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

MM/DD/YYYY

Nosotros apreciamos que Ud. aya seleccionado a Capital OB/GYN, INC. para proveedor de su cuidado Obstétrico y Ginecológico y esperamos servirle. Tenemos la intención de brindarle una atención de cuidado excepcional. A continuación son algunas guías de factura de nuestra oficina para ayudarnos a trabajar conuden la mejor manera posible.

Yo entiendo y accedo que yo sere responsable económicamente por cualquier cobro que no sea cubierto por mi aseguransa en mis visitas. Yo entiendo que una vez el reclamo ya aya sido sometido a mi aseguradora, la oficina no cambiara ningún código para burlar el rechazo hecho por la aseguradora.

Yo entiendo que es mi responsabilidad y no la responsabilidad de Medicos o de Capital OB/GYN, INC. de saver si mi aseguransa pagara por mis servicios medicos o mis visitas.

Yo entiendo y acepto que es mi responsabilidad saver si los medicos o proveedores que estare viendo, estan contratados con la red de proveedores reconocidos por mi compania aseguradora o por mi plan. Si el medico o proveedor que estare viendo no son reconocidos por mi aseguradora o plan, puede resultar en un reclamo rechazado o puede ser un gasto mas alto que salga de mi bolsillo. Entiendo y acepto que es mi responsabilidad economica de hacer cualquier pago total.

Yo entiendo y accedo que es mi responsabilidad saber si la aseguransa tiene algun deductible, copago, monto fuera de la red, limites usuales y comunes, o algunos otros limites de beneficios para mis servicios recibidos. Entiendo que se me pedira el copago, deducible y monto de coaseguransa AL TIEMPO DE SERVICIO. Entiendo que yo solo sabre el costo exacto del recogimiento ya que el doctor aya determinado el codigo que sera usado para el reclamo del cobro hacia la aseguradora.

Yo entiendo y accedo que puede ser necesario obtener muestras de tejidos o hacerse analisis para confirmar un diagnostico o para determinar el curso del tratamiento. Si muestras de tejido son obtenidas para examinacion patológica o necesito examenes para laboratorios (Papanicolaou, culturas, etc) que son obtenidas en la oficina, el analisis en si es usualmente realizado por alguien mas. Esto significa que YO PUEDO RECIBIR UN COBRO ADICIONAL DE PARTE DE PATOLOGIA O EL LABORATORIO POR ESTOS ANALISIS. Esnecesario comunicarse directamente al laboratorio para cualquier pregunta sobre su factura.

Yo entiendo que si hago un pago por cheque a la oficina, y es rechazado por mi instituto financiero por cualquier motivo, yo incurriré con un cobro de \$25 adicionales. Yo sere responsable de pagar el balance total antes de que pueda recibir cuidado que no sea de emergencia.

Ô FIRMA _____

FECHA _____

MM/DD/YYYY

F PARTE RESPONSABLE SI ES DIFERENTE DEL PACIENTE _____

NOMBRE DEL PARTE RESPONSABLE: _____