



Patrick G. Tempera, M.D.	Rajesh Dhirmalani, D.O.
Kunal Grover, M.D.	Michael J. Viksjo, M.D.
Prakriti Merchant, M.D.	Arun R. Mathew, M.D.
Daniel Bodek, D.O.	Robert I. Greenblatt, M.D.
Michael Margolin, M.D.	Guida St. George, PA-C.
Tracy Alves, DNP	

ADVANCED GASTROENTEROLOGY GROUP

Gracias por elegir Advanced Gastroenterology Group para sus necesidades médicas. Estamos comprometidos a brindarle atención médica de la más alta calidad. Le solicitamos que lea y firme ésta forma para reconocer que comprende nuestra política financiera.

Responsabilidades financieras del paciente

- El paciente (o el tutor del paciente, si es menor de edad) es en última instancia responsable del pago del tratamiento de cuidado.
- Si su seguro requiere un referido, es responsabilidad del paciente obtener el referido al momento de su cita medica. Si se niega una visita o procedimiento debido a que no se ha realizado el referido, el paciente es responsable por el pago de la visita o del procedimiento.
- Le facturaremos a su seguro. Sin embargo, se requiere que el paciente proporcione la información más correcta y actualizada sobre sus seguros de salud.
- El paciente es responsable del pago de copagos, coseguros, deducibles y todos los demás procedimientos o tratamiento no cubiertos por su plan de seguro.
- Los copagos serán colectados al momento que se registre para su visita.
- El coseguro, los deducibles y los servicios no cubiertos vencen 30 días después de recibir el estado de cuenta.
- Los pacientes pueden incurrir y son responsables del pago de cargos adicionales, si corresponde. Estos cargos pueden incluir:
 - Cargo por cheques devueltos: \$20.00
 - Multa por no presentarse: \$50.00 por visita al consultorio y \$100 por procedimientos

Somos conscientes de que ocurren emergencias, sin embargo, es su responsabilidad notificar a nuestra oficina entre 24 y 48 horas que no podrá asistir a su cita en el consultorio.

Con mi firma a continuación, autorizo la asignación de beneficios financieros directamente a Advanced Gastroenterology Group. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no cubiertos por esta asignación.

Nombre: _____

Firma de Paciente/Guardian: _____

Fecha: _____

116 Millburn Ave, Ste 211 Millburn, New Jersey 07041 Ph # (973) 467-2500 F # (973) 376-5003	1308 Morris Ave, Ste 102 Union, New Jersey 07083 Ph # (908) 851-2770 F # (908) 851-7706	515 North Wood Ave, Ste 202A Linden, New Jersey 07036 Ph # (908) 486-8080 F # (908) 272-6300	210 North Ave Ste 2 Cranford, NJ 07016 Ph # (908) 272-6300 F # (908) 272-6302
--	--	---	--