



Boulder Surgery Center Patient Financial Policy

Todos los copagos, deducibles, montos de responsabilidad del paciente y saldos pendientes deben pagarse al momento del registro, a menos que se hayan hecho arreglos previos con nuestro coordinador de facturación.

Se requiere un pago inicial mínimo del 75 % por parte del centro antes de procedimientos electivos con seguro comercial.

- Los saldos restantes deben pagarse en cuotas mensuales dentro de un período de 3 meses.
- Care Credit también está disponible si se necesita asistencia adicional.

Los pacientes que PAGAN EN EFECTIVO recibirán una ESTIMACIÓN DE BUENA FE, de uno a tres días hábiles después de programarse el procedimiento o solicitarse la estimación. Su estimación llegará por mensaje de texto y/o correo electrónico desde noreply@clariti-health. Los pacientes que pagan en efectivo deben pagar EL TOTAL al momento del registro.

Aceptamos EFECTIVO, FONDOS CERTIFICADOS, VISA, MASTERCARD, DISCOVER y CARE CREDIT.

Si su plan de seguro requiere una preautorización, deberá comunicarse con la oficina de su cirujano o con la compañía de seguros para asegurarse de que se haya obtenido. Si no hemos recibido la autorización antes de su cita, reprogramaremos la misma.

Boulder Surgery Center acepta la mayoría de los principales planes de seguro. Sin embargo, debido a los frecuentes cambios en el mercado de seguros, es recomendable que se comunique con su compañía de seguros antes de su cita y verifique si somos un proveedor participante en su plan. También necesitará nuestro número de identificación fiscal (Tax ID) y nuestro número de identificación nacional de proveedor (NPI).

TIN- 20-1391702
NPI- 1336148360

Boulder Surgery Center trata cualquier plan de precios basado en referencias, health shares, PHCS, Imagine 360, Prairie States y algunos otros pagadores TPA de terceros como pacientes que PAGAN EN EFECTIVO. Deberá pagar el total antes del procedimiento. Puede solicitar un formulario UB a nuestra oficina de facturación de 7 a 10 días después de su cirugía para enviarlo y solicitar el reembolso

He leído, entiendo y acepto la Política Financiera anterior. Acepto la responsabilidad de pago de los servicios que me proporcione Boulder Surgery Center y entiendo que la facturación a seguros es un servicio de cortesía, no una garantía.

Firma del Paciente o Representante Autorizado: _____

Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____