



Mind Rejuvenation, LLC
Iftikhar Hussain, MD
Mical Pacheco, MSN, APRN, PMHNP-BC

PH: (918) 340-6460
FX: (918) 926-3376
4922 E 73rd St, Tulsa, OK 74136

POLÍTICA FINANCIERA

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Gracias por elegir **Mind Rejuvenation** como su proveedor de atención médica. Somos una clínica privada independiente comprometida con su atención y bienestar.

Nuestra relación es entre usted y nuestros proveedores, no con su compañía de seguros. Aunque presentamos reclamaciones como cortesía, **es su responsabilidad entender y verificar sus beneficios, cobertura, deducibles y si estamos dentro de la red (in-network)** con su plan.

Responsabilidad del Paciente

- Pacientes Self-Pay: Son responsables del costo total de los servicios. Esto incluye pacientes sin seguro, con planes que no aceptamos o con tratamientos no cubiertos.
- Los pacientes son responsables de cualquier cantidad indicada como “responsabilidad del paciente”, incluyendo deducibles, copagos y coaseguros, incluso si el servicio es “cubierto”.
- Si su seguro no responde dentro de 30 días después de enviar la reclamación, el saldo pasa a ser responsabilidad del paciente.
- Recibirá un estado de cuenta una vez que el seguro procese su reclamación.

Pagos

- Todos los copagos, pagos self-pay y cargos por No-Show deben pagarse al momento del servicio, salvo que se hayan hecho otros arreglos.
- Los cargos por No-Show deben pagarse antes de continuar tratamiento.
- Los saldos pendientes deben pagarse al recibir el estado de cuenta. Si necesita un plan de pagos, comuníquese con nuestra oficina.
- Aceptamos efectivo, tarjetas de crédito/débito, FSA, CareCredit y Apple Pay.

Cuentas Vencidas

Los saldos con más de 90 días de atraso pueden enviarse a cobranza. El paciente será responsable de hasta un 60% adicional en honorarios de agencia de cobranza. Los saldos impagos pueden remitirse a la Corte de Reclamos Menores. Se requiere saldo pagado o arreglo satisfactorio antes de recibir servicios futuros.

Si tiene preguntas sobre su cuenta, llame al (918) 340-6460.

He leído y acepto los términos de esta Política Financiera. Autorizo la divulgación de información necesaria para procesar reclamaciones y dirigir pagos a Mind Rejuvenation. Entiendo que soy responsable de todos los cargos, independientemente de la cobertura del seguro.

Firma del Paciente / Padre / Tutor Legal

Relación

Fecha