



## **EliteCare Surgical Specialists**

### **Consentimiento de Responsabilidad Financiera del Paciente – 2026**

EliteCare Surgical Specialists se compromete a brindar una atención excepcional y una experiencia financiera transparente. Al recibir atención del Dr. Zahiri y/o de EliteCare Surgical Specialists, usted entra en un acuerdo financiero con nuestra práctica. Por favor revise cuidadosamente los siguientes términos. Su firma a continuación confirma su entendimiento y aceptación de estas responsabilidades.

#### **Requisitos de Identificación**

Acepto proporcionar una identificación válida emitida por el gobierno (licencia de conducir, pasaporte, etc.) con mi dirección residencial y postal actual. Entiendo que mi identificación será escaneada y almacenada únicamente dentro del expediente médico electrónico seguro. Reconozco que EliteCare nunca almacenará mi información personal fuera del EHR.

#### **Autorización de Tarjeta de Crédito Registrada**

Acepto mantener una tarjeta de crédito activa registrada durante el transcurso de mi atención. La tarjeta debe tener la misma dirección de facturación que mi identificación emitida por el gobierno. Autorizo a EliteCare a cargar a esta tarjeta cualquier saldo pendiente, tarifa o monto adeudado. Entiendo que EliteCare intentará notificarme sobre

cualquier saldo utilizando la información de contacto registrada, pero el pago podrá procesarse sin autorización adicional si el saldo permanece sin pagar.

Si disputo un cargo, entiendo que la información médica relevante podrá divulgarse a mi compañía de tarjeta de crédito según sea necesario para validar los servicios prestados

Si otra persona responsable desea registrar su tarjeta de crédito o débito en mi cuenta, también deberá proporcionar una copia de su identificación válida emitida por el gobierno.

El nombre y la dirección de facturación en la identificación deben coincidir con la tarjeta registrada.

**Firma del titular de la tarjeta / persona responsable:**

\_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

### **Métodos de Pago y Tarifas de Procesamiento**

Reconozco que se aplica una tarifa de procesamiento del 2.99% a todos los pagos con tarjeta de crédito. Entiendo que los pagos en efectivo o cheque se aceptan sin tarifas adicionales.

### **Responsabilidades del Seguro Médico**

Acepto verificar mis beneficios de seguro y confirmar que el Dr. Zahiri y/o EliteCare Surgical Specialists están cubiertos bajo mi plan. Entiendo que EliteCare envía reclamaciones como cortesía, pero soy financieramente responsable de todos los cargos, incluidos copagos, deducibles y coseguros.

Si mi seguro no paga dentro de 60 días, acepto pagar el saldo directamente y buscar reembolso con mi aseguradora. Acepto comunicar de manera oportuna cualquier correspondencia o solicitud de información por parte de mi seguro. Entiendo que EliteCare factura únicamente el monto permitido contractualmente según las pautas del pagador.

## **Referidos, Pruebas y Proveedores Externos**

Si soy referido para laboratorios, imágenes o atención especializada, entiendo que es mi responsabilidad confirmar la cobertura con mi seguro. Reconozco que EliteCare no es responsable de cargos de proveedores externos que puedan estar fuera de la red.

## **Servicios Fuera de la Red**

Si EliteCare no está dentro de la red de mi seguro, entiendo que las reclamaciones aún se enviarán como cortesía. Acepto pagar cualquier saldo no cubierto dentro de 60 días.

## **Pago al Momento del Servicio**

Acepto que los copagos, coseguros, deducibles y otras tarifas se deben pagar al momento del servicio, a menos que se hayan hecho arreglos previos. Las formas de pago aceptadas incluyen VISA, MasterCard, American Express, efectivo o cheque.

## **Cambios en el Seguro**

Acepto notificar a EliteCare de inmediato sobre cualquier cambio en mi seguro, requisitos de autorización o actualizaciones de referidos. El incumplimiento puede resultar en facturación directa por cargos no pagados.

## **Política de Pacientes Sin Seguro (Self-Pay)**

Si no tengo seguro, acepto los términos de la Política de Pacientes Sin Seguro. Entiendo que los nuevos pacientes sin seguro deben pagar la tarifa de consulta de \$350 en la visita inicial. Las visitas adicionales pueden generar cargos según la atención requerida. Las visitas postoperatorias rutinarias incluidas en el precio de la cirugía no se facturan por separado.

## **Facturación, Tarifas por Mora y Cobros**

Entiendo que se genera una nueva factura por cada visita. Los saldos no pagados después de 30 días incurrirán en una tarifa por mora del 1.5%. Las cuentas enviadas a cobros incurrirán en una tarifa adicional del 30%.

## **Privacidad y Divulgación de Información**

Entiendo que EliteCare protege mi privacidad de acuerdo con HIPAA. Autorizo la divulgación de la información personal, médica y financiera necesaria a terceros (incluyendo compañías de seguros) para fines de pago.

## **Cheques Devueltos**

Reconozco que se aplica una tarifa de \$35 a todos los cheques devueltos.

## **Política de Ausencias y Cancelaciones Tardías**

Acepto cancelar o reprogramar mis citas con al menos 24 horas de anticipación. Puedo cancelar llamando al (301) 215-0127 o enviando un correo electrónico a [Consult@elitecaress.com](mailto:Consult@elitecaress.com). Entiendo que ausencias repetidas o cancelaciones tardías pueden resultar en tarifas o en la posible desvinculación de la práctica.

## **Reconocimiento y Consentimiento del Paciente**

Al firmar a continuación, reconozco que:

- He leído y entiendo el Consentimiento de Responsabilidad Financiera del Paciente.
- Acepto cumplir con todos los términos mencionados anteriormente.
- Entiendo que el incumplimiento de estas responsabilidades puede resultar en tarifas adicionales o en actividades de cobro.

**Nombre del paciente (en letra de molde):** \_\_\_\_\_

**Firma del paciente o tutor:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_