



**Oliver Behavioral Consultants, LLC**  
550 Thornton Parkway Suite 550, Thornton CO 80229  
Oficina: (720) 459-7493 Fax: (303) 993-6765, (720) 583-2382

## **POLÍTICA FINANCIERA DE OBC**

Gracias por elegir OBC. Nuestra misión principal es brindar la más alta calidad y atención integral posible.

Parte importante de nuestro objetivo es hacer que la cancelación de los costos de la atención óptima que ofrecemos sea lo más sencillo y manejable posible para nuestros pacientes, al aclarar las responsabilidades financieras por adelantado. La siguiente es una declaración de nuestra Política Financiera, que requerimos que lea, acepte y firme antes de cualquier tratamiento.

### **Acuerdo**

Las tarifas de OBC reflejan nuestro compromiso con la calidad del tratamiento y los materiales que nuestros pacientes merecen. Requerimos el pago completo en el momento del servicio. Si tiene seguro, requerimos el pago de su porción (deducible, co-pago, porción del paciente) estimada por los servicios prestados ese día. OBC no acepta pagos de diferentes proveedores de seguro. OBC provee servicios dentro y fuera de la red de su seguro. Si su seguro esta fuera de la red, usted sera responsable por el total de los cargos que se provean. Para su comodidad, aceptamos efectivo, cheques personales, tarjetas de crédito Visa, MasterCard, Discover y Amex.

### **Estado de cuenta**

A menos que aprobemos otros arreglos por escrito, el saldo de su cuenta vence y es pagadero cuando se emite el estado de cuenta y estará vencido después de 30 días a partir de la fecha de emisión. Los saldos en su cuenta, pasados 30 días devengarán intereses a la tasa de 1.5% mensual o 18.00% anual.

### **Tarifa de cita perdida**

A los pacientes que no se presenten a una cita o cancelen con menos de 24 horas de anticipación se les puede realizar un cargo de \$ 65.00. Esta tarifa debe pagarse antes de que se programe una nueva cita.

### **Cargo por cheque devuelto**

OBC cobra una tarifa de \$35.00 por cheques devueltos con fondos insuficientes.

### **Cuentas vencidas**

Si su cuenta se retrasa, podemos tomar las medidas necesarias para cobrar esta deuda. Si se debe utilizar una agencia de cobranza o un abogado, usted acepta pagar todos los costos de cobro, los honorarios de abogados y los costos judiciales asociados con el cobro.

### **Seguro**

Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No somos parte de ese contrato. No podemos comprometer su atención, pero podemos hacer todo lo posible para ayudarlo a obtener los beneficios que merece. OBC está obligado a proporcionarle el tratamiento que necesita, pero su compañía de seguros solo está obligada a pagar por lo que está cubierto por su póliza. Usted es la parte responsable del pago de los servicios prestados, ya sea que su compañía de seguros pague o no.

Como cortesía a nuestros pacientes, estaremos encantados de presentar el reclamo por sus beneficios de su seguro. Sin embargo, si no recibimos el pago de su compañía de seguros dentro de los 45 días, usted será responsable del pago de sus tarifas de tratamiento y el cobro de sus beneficios de su compañía de seguros. En última instancia, es responsabilidad del paciente mantenerse al día con

todos sus beneficios de seguro y cualquier cambio. No podemos y no garantizamos los pagos de las compañías de seguros y se espera que los pacientes paguen sus porcentajes y deducibles estimados en el momento en que se realiza su tratamiento.

### **Menores**

Los padres o tutores que acompañan a un menor son responsables del pago. Los menores deben estar acompañados por un padre o tutor legal para recibir tratamiento.

Estamos comprometidos en proporcionar un excelente tratamiento multidisciplinario a todos nuestros pacientes. Al firmar este acuerdo, usted acepta todos los términos y condiciones explicados anteriormente. Por favor, háganos saber si tiene alguna pregunta.

### **Porción del paciente**

Es nuestra política mantener la tarjeta de crédito / débito registrada para cobrar el cargo de los copagos del seguro, el deducible del seguro y los servicios no cubiertos por su seguro en el momento del servicio.

Cada vez que ejecutamos un pago en su tarjeta de crédito; le enviaremos un recibo de esa transacción y documentación explicativa del cargo.

Si tiene un saldo pendiente, le enviaremos una factura separada por los servicios que necesitan pago y no cargaremos la tarjeta registrada sin su autorización.

Por favor complete el formulario adjunto y regréselo a OBC dentro de los próximos 3 días hábiles. Se cobrarán los copagos del seguro, el deducible del seguro y los servicios no cubiertos por su seguro.

**\*\*Un recordatorio importante, cualquier servicio NO cubierto por el seguro, es responsabilidad del paciente cubrir ese saldo. Es su responsabilidad informar al departamento de facturación de cualquier cambio de seguro de inmediato\*\***

Si tiene alguna pregunta o inquietud, comuníquese con nuestro Departamento de Facturación al 720-4597493 o envíenos un correo electrónico a [billing@oliver-bc.com](mailto:billing@oliver-bc.com).

---

Firma del paciente, padre o tutor

---

Fecha

---

Nombre del paciente



550 Thornton Parkway, Suite 234  
Thornton, CO 80229  
Office (720) 459-7493  
Fax (720) 583-2382

## Oliver Behavioral Consultants

---

### Formulario de autorización de tarjeta de crédito

POR FAVOR COMPLETE ESTA AUTORIZACIÓN Y DEVUELVA  
Toda la información permanecerá confidencial.

Titular de la Tarjeta: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Tipo Tarjeta de Crédito: \_\_ Visa \_\_ MasterCard \_\_ Discover \_\_ Amex

Número de Tarjeta: \_\_\_\_\_ Fecha de Expiración: \_\_\_\_\_

Código de Seguridad (los 3 números en la parte posterior de su tarjeta): \_\_\_\_\_

Hacer pago de (importe del copago): \$ \_\_\_\_\_(USD) (se enviará recibo)

Llamar para hacer otro arreglo si el importe es superior ese \$250.

Autorizo a Oliver Behavioral Consultants, LLC, a cargar la cantidad acordada anteriormente, a mi tarjeta de crédito proporcionada en este documento. Acepto que pagaré esta compra de acuerdo con el acuerdo del titular de la tarjeta bancaria emisora.

Titular de la tarjeta complete la siguiente información:

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

#### Una vez lleno el formulario devolver a:

Oliver Behavioral Consultants, LLC  
550 Thornton Parkway, Suite 234  
Thornton, CO 80229

Por fax al: 720-583-2382

Llame al: 720-459-7493

Correo electrónico: [billing@oliver-bc.com](mailto:billing@oliver-bc.com)