



**NO INSURANCE:** Payment will be due at time of service. If you are unable to pay your balance in full, you will need to make arrangements with our Patient Accounts Representative.

**PATIENT FINANCIAL RESPONSIBILITY:** I understand that in consideration of the services provided to me, I am directly and primarily responsible to pay the amount of all charges incurred for services and procedures provided by FPGI.

**INSURANCE and CLAIM FILING:** I understand that FPGI will file a claim for payment with my primary insurance plan as a courtesy to me and that FPGI does not accept responsibility for negotiating claims with my insurance company. FPGI providers participate with Medicare, Blue Cross Blue Shield of Nebraska, Midland’s Choice, Aetna, United Healthcare and Nebraska Total Care. If my insurance company requires a copayment, I understand that it must be made upon check in prior to my appointment.

FPGI will file third party liability and motor vehicle claims upon request with appropriate information. If my insurance company fails to pay FPGI in a timely manner for any reason, I understand that I will be responsible for prompt payment of all amounts owed to FPGI.

I understand that FPGI does not accept insurance payments as payment in full. I am responsible for payment of any deductible, copayment or coinsurance, as well as for all non-covered or denied services by my insurance company.

**ASSIGNMENT OF BENEFITS:** I authorize that all payments made on my behalf be paid directly to FPGI for services provided. I agree to complete any additional forms which may be required by my insurance company for assignment of benefits or claim processing.

**COLLECTIONS:** I understand that any patient balance due over 60 days old is subject to 16% non-compounded annual finance charge. If my account is referred to a collection agency or attorney for collection related matters, I understand that I am responsible for all costs associated with the collection, as well as any legal fees. If collection action is taken on my account, I also understand that I may not be able to continue receiving medical care at FPGI and that my relationship with my provider may be at risk.

**RETURNED CHECK FEE:** I understand that all insufficient fund checks will be assessed an additional \$25 returned check fee.

**ADDITIONAL INFORMATION:** Please be prepared when you schedule an appointment. Know your insurance benefits and your responsibilities. At times, a temporary financial problem may affect the timely payment on your account. You are encouraged to contact our Patient Accounts Representative to do everything possible to keep our relationship in good standing.

Patient Name (Print) \_\_\_\_\_

Date of Birth \_\_\_\_\_

Signature (Patient) \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

or

Signature (Personal Representative) \_\_\_\_\_

(Relationship to Patient)

**No Seguro Médico:** Se deberá pagar al tiempo en el cual se brinda el servicio. Si usted no puede pagar su balance al contado, deberá hacer un arreglo de pagos con la Representante de Cuentas.

**Responsabilidad Financiera del Paciente:** Entiendo que en consideración de los servicios proporcionados a mí, soy directamente y principalmente responsable por pagar la cantidad de todos los costos incurridos por los servicios y los procedimientos proporcionados por FPGI.

**Aseguranza y Reclamos:** Entiendo que FPGI presentará una reclamación de pago con mi plan de seguro primario como una cortesía para mí y que FPGI no acepta la responsabilidad de negociar reclamos con mi seguro médico. Los proveedores de FPGI participan con Medicare, Blue Cross Blue Shield of Nebraska, Midland's Choice, Aetna, United Healthcare y Nebraska Total Care. Si mi seguro médico requiere un co pago, entiendo que deberá pagarse en el registro antes de mi cita.

FPGI presentará reclamaciones de responsabilidad de terceros y reclamaciones de seguro de auto si yo se los pido y doy toda la información necesaria. Si mi seguro médico falla en pagar a tiempo por cualquier razón, entiendo que yo seré responsable de pagar a tiempo toda cantidad debido a FPGI.

Entiendo que FPGI no acepta pagos de seguro como pago completo. Seré responsable del pago de cualquier deducible, copago, coaseguro, así como por todos los servicios no cubiertos o denegados por mi seguro médico.

**Asignación de Beneficios:** Autorizo que todo pago hecho de mi parte sea pagado directamente a FPGI por servicios proporcionados. Estoy de acuerdo de llenar cualquier formulario requerido por mi seguro médico para asignación de beneficios o procesamiento de reclamos.

**Colecciones:** Entiendo que cualquier balance que tenga más de 60 días de tiempo es sujeto a un 16% no compuesto cargo de financiamiento anual. Si mi cuenta es referido a una agencia de colección o con un abogado por razones de coleccionar un pago, entiendo que seré responsable por todo costo asociado con la colección igual que por cualquier costo legal. Si toman acción de colección sobre mi cuenta, entiendo que puede ser que no continuaran brindándome servicio en FPGI y que mi relación con mi proveedor puede estar en riesgo.

**Costo por cheques sin fondos:** Entiendo que todo cheque sin fondos tendrá un cargo adicional de \$25 por fondos insuficientes.

**Información Adicional:** Favor de estar preparado cuando pida su cita. Conozca sus beneficios de seguro y sus responsabilidades. A veces, un problema financiera temporal puede afectar el pago a tiempo en su cuenta. Le aconsejamos que hable con la Representante de Cuentas del Paciente para hacer todo lo posible para mantener una buena relación.

**Nombre del Paciente (Imprenta)** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_

**Firma (Paciente)** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Firma (Representante Personal)** \_\_\_\_\_

(Relación al Paciente)