



CENTER FOR

WELLNESS & PAIN CARE

OF GEORGIA

THE BEST CARE BY THE BEST DOCTORS

Financial Policy/*Política Financiera*

You are financially responsible for the medical services you receive. Please review our policies below and sign at the end to indicate your agreement to these terms. / *Usted es financieramente responsable por los servicios médicos que reciba. Por favor, revise nuestras políticas a continuación y firme al final para indicar su aceptación de estos términos.*

(Disclaimer / Aviso: This document is bilingual. Each paragraph is written first in English, followed by its Spanish translation. Este documento es bilingüe. Cada párrafo está redactado primero en inglés, seguido de su traducción al español.)

I. Appointments/*Citas*

- Co-payments/*Copagos*.** Co-payments are due at the time of service. If payment is not made at that time, we reserve the right to reschedule your appointment. Payment for any outstanding balance is also due at the time of your visit. *Los copagos se deben pagar al momento del servicio. Si no se realiza el pago en ese momento, nos reservamos el derecho de reprogramar su cita. El pago de cualquier saldo pendiente también se debe realizar en el momento de su visita.*
- Procedure Prepayment/*Prepago de procedimientos*.** Payment for scheduled procedures is required in advance. Prepayment is based on an estimate of your financial responsibility and does not guarantee the final balance. Any unpaid amount remaining after insurance processing will be your responsibility. Refunds due to overpayment are processed in accordance with our refund policy. We reserve the right to postpone procedures until prepayment is received. We reserve the right to reschedule your procedure if prepayment is not made within 30 days of scheduling. *El pago por procedimientos programados se requiere por adelantado. El prepago se basa en una estimación de su responsabilidad financiera y no garantiza el saldo final. Cualquier monto no pagado después del procesamiento del seguro será su responsabilidad. Los reembolsos por pagos en exceso se procesan de acuerdo con nuestra política de reembolsos. Nos reservamos el derecho de posponer procedimientos hasta recibir el prepago. Nos reservamos el derecho de reprogramar su procedimiento si el pago por adelantado no se realiza dentro de los 30 días posteriores a la programación*
- Missed Appointments and Late Arrivals/*Citas perdidas y llegadas tardías*.** Patients arriving more than 15 minutes late may be rescheduled. Failure to arrive within 60 minutes or a no-show will result in fees: \$50 for missed office visits and \$100 for missed procedures. These fees are the patient's responsibility and are not billable to insurance. A 24-hour notice is required for cancellations. Notice must be provided via telephone, in-person cancellations, patient portal, or email at info@wellnessandpaincare.com. *Los pacientes que lleguen más de 15 minutos tarde pueden ser reprogramados. No presentarse o llegar más de 60 minutos tarde resultará en cargos: \$50 por citas perdidas y \$100 por procedimientos perdidos. Estos cargos son responsabilidad del paciente y no se facturan al seguro. Se requiere un aviso con 24 horas de anticipación para cancelaciones. El aviso debe proporcionarse por teléfono, en persona, a través del portal del paciente o por correo electrónico a info@wellnessandpaincare.com.*
- Lien Patient Exception/*Excepción para pacientes con gravamen*.** Lien patients are subject to a separate no-show policy. Failure to attend without proper notice will result in a \$100 fee for missed clinic visits and \$350 for missed procedures. Although charges are billed to the attorney's office, the patient remains financially responsible if payment is declined. Patients are expected to follow appropriate cancellation protocols to avoid fees. *Los pacientes bajo gravamen están sujetos a una política distinta para ausencias. No asistir sin el aviso adecuado resultará en un cargo de \$100 por visitas clínicas perdidas y \$350 por procedimientos perdidos. Aunque los cargos se facturan a la oficina del abogado, el paciente sigue siendo financieramente responsable si el pago es rechazado. Se espera que los pacientes sigan los protocolos de cancelación adecuados para evitar cargos.*



CENTER FOR

WELLNESS & PAIN CARE

OF GEORGIA

THE BEST CARE BY THE BEST DOCTORS

II. Insurance Payments/Pagos de Seguro

5. **General Responsibility/Responsabilidad Financiera.** Your insurance contract is between you and your insurer. You are ultimately responsible for full payment of all services rendered, except as limited by any agreements between your insurer and our office. *Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su proveedor de seguros. Usted es, en última instancia, responsable del pago total de todos los servicios médicos que se le proporcionen. Cualquier cargo no pagado por su aseguradora será su responsabilidad, excepto según lo limite nuestro contrato (si lo hubiera) con su proveedor de seguros.*
6. **Out-of-Network Payments/ Pagos Fuera de la Red.** If we are not part of your insurance carrier's network (out-of-network) and your insurance carrier pays you directly, you are solely responsible for payment and agree to forward the payment to The Center for Wellness and Pain Care of Georgia, Inc., immediately. Failure to forward the payment may result in collections. *Si no somos parte de la red de su aseguradora (fuera de la red) y su aseguradora le paga directamente, usted es el único responsable del pago y acepta enviar el pago a The Center for Wellness and Pain Care of Georgia, Inc., de inmediato. El no realizar el pago puede resultar en el envío a cobranzas.*

III. Account Balances and Payments/Pagos y Balances de Cuenta

7. Payment is expected at the time of your visit. We will accept cash, check, or credit card. Payment will include any unmet deductible, co-insurance, co-payment amount, or non-covered charges from your insurance company. If you do not carry insurance, or if your coverage is currently under a pre-existing condition clause, payment in full is expected at the time of your visit. Declined or returned payments on payment plans will incur a fee. *El pago se espera en el momento de su visita. Aceptamos efectivo, cheques o tarjetas de crédito. El pago incluirá cualquier deducible no cumplido, coaseguro, monto de copago o cargos no cubiertos por su compañía de seguros. Si no tiene seguro o si su cobertura está bajo una cláusula de condición preexistente, se espera el pago completo en el momento de su visita. Los pagos rechazados o devueltos en planes de pago incurrirán en una tarifa.*
8. **Eligibility Verification and Financial Responsibility/Verificación de Elegibilidad y Responsabilidad Financiera.** The Center for Wellness and Pain Care of Georgia, Inc will perform an eligibility and benefits check prior to your procedure. It is our policy to collect any anticipated patient responsibility in advance of your procedure, including any deductible, coinsurance, or copayments applicable to your policy. After your insurance is billed, any additional patient responsibility will be billed to you. If an overpayment is identified, a refund will be processed in a timely manner. *The Center for Wellness and Pain Care of Georgia, Inc realizará una verificación de elegibilidad y beneficios antes de su procedimiento. Nuestra política es cobrar por adelantado cualquier responsabilidad anticipada del paciente, incluyendo deducibles, coseguro o copagos aplicables a su póliza. Después de que se facture a su seguro, cualquier responsabilidad adicional del paciente se le facturará. Si se identifica un pago en exceso, se procesará un reembolso de manera oportuna.*

IV. Reassignment of Balances/Reasignación de Saldos

9. It is your responsibility to understand your insurance benefits, including what is covered and what is not. While we will bill your insurance company on your behalf, you are ultimately responsible for ensuring that all payments—both from your insurer and from you—are made in a timely manner. If your insurance does not pay within a reasonable timeframe, any remaining balance may be reassigned to you and become your sole responsibility. To avoid delays or denials, we strongly encourage you to follow up with your insurance carrier and respond promptly to any requests they make. *Es su responsabilidad entender los beneficios de su seguro, incluyendo lo que está cubierto y lo que no. Aunque enviaremos la factura a su compañía de seguros en su nombre, usted es responsable en última instancia de asegurarse de que todos los pagos, tanto de su aseguradora como suyos, se realicen de manera oportuna. Si su seguro no paga dentro de un plazo razonable, cualquier saldo restante puede ser reasignado a usted y convertirse en su responsabilidad exclusiva. Para evitar demoras o denegaciones, le recomendamos*



CENTER FOR

WELLNESS & PAIN CARE

OF GEORGIA

THE BEST CARE BY THE BEST DOCTORS

encarecidamente que haga seguimiento con su aseguradora y responda rápidamente a cualquier solicitud que le hagan.

Common reasons for insurance delays or denials include/ *Las razones comunes por las que el seguro puede retrasarse o negar un reclamo incluyen:*

- Failure to respond to requests for additional information (e.g., coordination of benefits or accident details)/ *No responder a solicitudes de información adicional (por ejemplo, coordinación de beneficios o detalles de un accidente)*
- Policy termination or lapse in coverage/*Terminación o suspensión de la póliza*
- Referral or pre-authorization not obtained/*No obtener una remisión o autorización previa*
- Out-of-network service restrictions/*Restricciones por servicios fuera de la red*
- Incorrect or incomplete information on file (e.g., wrong date of birth or ID number)/*Información incorrecta o incompleta en el expediente (por ejemplo, fecha de nacimiento o número de identificación erróneo)*

Balances are due within 30 days of your statement date, regardless of insurance status. Please stay proactive in monitoring your claims and account balances to prevent unexpected charges. *Los saldos deben pagarse dentro de los 30 días posteriores a la fecha de su estado de cuenta, independientemente del estado del seguro. Por favor, manténgase proactivo en el monitoreo de sus reclamos y saldos para evitar cargos inesperados.*

10. **Out of Network Payments.** If we are not part of your insurance carrier's network (out-of-network) and your insurance carrier pays you directly, you are solely responsible for payment and agree to forward the payment to The Center for Wellness and Pain Care of Georgia, Inc., immediately. *Si no somos parte de la red de su aseguradora (fuera de la red) y su aseguradora le paga directamente, usted es el único responsable del pago y acepta enviar el pago a The Center for Wellness and Pain Care of Georgia, Inc., de inmediato. El no realizar el pago puede resultar en el envío a cobranzas.*

V. Collection of Unpaid Accounts/*Cobro de Cuentas No Pagadas*

11. If you have an outstanding balance over 120 days old and have failed to make payment arrangements (or become delinquent on an existing payment plan), we may turn your balance over to a collection agency and /or an attorney, which may result in reporting to credit bureaus and /or legal action. The Center for Wellness and Pain Care of Georgia, Inc. reserves the right to refuse treatment to patients with outstanding balances over 120 days old. You agree to pay The Center for Wellness and Pain Care of Georgia, Inc. and/or its assignees for any expenses we incur to collect on your account, including reasonable attorneys' fees and collection cost. *Si tiene un saldo pendiente de más de 120 días y no ha hecho arreglos de pago (o se ha retrasado en un plan de pago existente), podemos entregar su saldo a una agencia de cobros y/o un abogado, lo que puede resultar en un informe a las agencias de crédito y/o acciones legales. The Center for Wellness and Pain Care of Georgia, Inc. y/o sus cesionarios se reserva el derecho de negarse a tratar a pacientes con saldos pendientes de más de 120 días. Usted acepta pagar a The Center for Wellness and Pain Care of Georgia, Inc. cualquier gasto que incurramos para cobrar su cuenta, incluyendo honorarios razonables de abogados y costos de cobro.*

VI. Returned Checks and Declined Payments/*Pagos Rechazados y Cheques Devueltos*

12. Returned checks will be subject to a \$100 returned check fee, which includes any fees charged by the bank. Declined credit card transactions are not subject to the returned check fee but may incur a separate processing fee of up to \$25, depending on the reason for the decline and any related costs. *Los cheques devueltos estarán sujetos a una tarifa de \$100, la cual incluye cualquier cargo aplicado por el banco. Las transacciones rechazadas con tarjeta de crédito no están sujetas a la tarifa por cheque devuelto, pero pueden incurrir en una tarifa de procesamiento separada de hasta \$25, dependiendo de la razón del rechazo y los costos relacionados.*



CENTER FOR

WELLNESS & PAIN CARE

OF GEORGIA

THE BEST CARE BY THE BEST DOCTORS

VII. Refunds/Reembolsos

13. We reserve the right to apply any overpayments toward other outstanding balances before issuing refunds. Please submit a written refund request and allow four to six weeks or your request to be processed. Send request to The Center for Wellness and Pain Care of Georgia, Inc. Lockbox, Attention to Tashi Campbell, PO Box 19018 Atlanta, GA 30326. *Nos reservamos el derecho de aplicar cualquier sobrepago a otros saldos pendientes antes de emitir un reembolso. Por favor, envíe una solicitud de reembolso por escrito y permita de cuatro a seis semanas para que su solicitud sea procesada. Envíe la solicitud a: The Center for Wellness and Pain Care of Georgia, Inc. Lockbox, Atención: Tashi Campbell, PO Box 19018 Atlanta, GA 30326.*

VIII. Statements/Declaraciones

14. Statements may be provided electronically or by mail, based on your preference. Please ensure your contact information is up to date. Charges shown by the statement are agreed to be correct and reasonable unless protested in writing within thirty (30) days of the billing dates. *Los cargos mostrados en la declaración se consideran correctos y razonables, a menos que se protesten por escrito dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha de facturación. Las declaraciones pueden proporcionarse electrónicamente o por correo, según su preferencia. Asegúrese de que su información de contacto esté actualizada..*

IX. Form Completion/Cumplimiento de Formularios

15. There is a processing fee of 50 dollars for all forms. (Processing fees are non-refundable and cover the administrative cost). The completion fee of 5 dollars per page for all forms. The price will be capped at \$200. Forms that need to be expedited will require an additional cost of \$100. Forms are completed only AFTER payment is received. *Hay una tarifa de procesamiento de \$50 para todos los formularios. (Las tarifas de procesamiento no son reembolsables y cubren el costo administrativo). La tarifa de finalización es de \$5 por página para todos los formularios. El precio estará limitado a \$200. Los formularios que necesiten ser agilizados tendrán un costo adicional de \$100. Los formularios solo se completarán DESPUÉS de recibir el pago.*

X. Form Completion – Exception for Lien Patients/Cumplimiento de Formularios – Excepción para Pacientes con Gravamen

16. If the above fees and payment terms do not apply to lien patients. All medical forms requested under a lien are subject to a non-refundable flat fee of \$250. Expedited requests incur an additional \$500 rush fee or may be completed for a flat rate of \$750 for a single rushed form. Payment prior to form release is not required, as charges are billed directly through the attorney's office. *Las tarifas y condiciones de pago anteriores no aplican a los pacientes con gravamen. Todos los formularios médicos solicitados bajo un gravamen están sujetos a una tarifa fija no reembolsable de \$250. Las solicitudes urgentes tendrán un cargo adicional de \$500 o pueden completarse por una tarifa fija de \$750 por un solo formulario urgente. No se requiere el pago previo a la entrega del formulario, ya que los cargos se facturan directamente a la oficina del abogado.*

XI. Medical Records/Registros Médicos

17. Medical records are available upon request at a cost of \$0.60 per page. You can email medicalrecords@wellnessandpaincare.com to request. Payment must be received prior to the release of records. Please allow up to 5-7 business days for processing once payment is received. *Los registros médicos están disponibles a solicitud por un costo de \$0.60 por página. Puede enviar un correo electrónico a medicalrecords@wellnessandpaincare.com para solicitarlo. El pago debe recibirse antes de la liberación de los registros. Por favor, permita de 5 a 7 días hábiles para el procesamiento una vez recibido el pago.*



CENTER FOR

WELLNESS & PAIN CARE

OF GEORGIA

THE BEST CARE BY THE BEST DOCTORS

XII. Workers Compensation/Auto Liability/Compensación de Trabajadores/ Responsabilidad Automotriz

18. Our office requires authorization prior to the initial visit. It is the patient's responsibility to provide our office staff with employer authorization/contact information regarding a workers' compensation claim. If the claim is denied by the workers' compensation insurance carrier, it then becomes the patient's responsibility. At your request, we will submit the claim to your primary medical insurance carrier with a copy of the workers' compensation insurance denial. If your primary medical insurance carrier's claim is denied, you will be responsible for payment in full. We will do our best to obtain the authorization prior to the visit, but it is always your responsibility. You are also required to provide us with Health Insurance coverage in case your workers' comp or auto denies the service. *Nuestra oficina requiere autorización antes de la visita inicial. Es responsabilidad del paciente proporcionar a nuestro personal de oficina la autorización/información de contacto del empleador con respecto a una reclamación de compensación laboral. Si la reclamación es rechazada por la compañía de seguros de compensación laboral, entonces se convierte en responsabilidad del paciente. A su solicitud, enviaremos la reclamación a su aseguradora de salud primaria con una copia del rechazo de la reclamación de compensación laboral. Si la reclamación de su aseguradora de salud primaria es rechazada, será responsable del pago completo. Haremos todo lo posible por obtener la autorización antes de la visita, pero siempre será su responsabilidad. También se requiere que nos proporcione cobertura de seguro de salud en caso de que su compensación laboral o seguro de auto rechace el servicio.*

XIII. Self-pay Accounts/Cuentas de Pago Propio

19. Self-pay accounts are patients without insurance coverage, patients covered by insurance plans in which the office does not participate, or patients without an insurance card on file with us. Liability cases will also be considered self-pay accounts. We do not accept attorney letters or contingency payments. It is always the patient's responsibility to know if our office is participating in their plan. If there is a discrepancy with our information, the patient will be considered self-pay unless otherwise proven. Self-pay patients are required to bring \$350 to the initial appointment. If no medication is prescribed during that visit, the required amount will be \$300 instead. All follow-up visits are subject to a \$150 fee per visit. All self-pay patients are billed through Wellness and Rejuvenation Medical Center (WRMC). *Las cuentas de pago propio son pacientes sin cobertura de seguro, pacientes cubiertos por planes de seguro en los que la oficina no participa o pacientes sin una tarjeta de seguro registrada con nosotros. Los casos de responsabilidad también se considerarán cuentas de pago propio. No aceptamos cartas de abogados ni pagos por contingencia. Siempre es responsabilidad del paciente saber si nuestra oficina está participando en su plan. Si hay una discrepancia con nuestra información, el paciente será considerado de pago propio, a menos que se demuestre lo contrario. Se requiere que los pacientes que pagan por cuenta propia traigan \$350 a la cita inicial. Si no se receta ningún medicamento durante esa visita, la cantidad requerida será de \$300. Todas las visitas de seguimiento están sujetas a una tarifa de \$150 por visita. Todos los pacientes que pagan por cuenta propia son facturados a través del Wellness and Rejuvenation Medical Center (WRMC).*

XIV. Outstanding Balance Policy/Política de Saldo Pendiente

20. It is our office policy that all past due accounts be sent three statements. If payment is not made on the account, a single phone call will be made to try to make payment arrangements. If no resolution can be made, the account will be sent to the collection agency or attorney, and possible discharge from the practice. *Es nuestra política de oficina que todas las cuentas vencidas sean enviadas con tres estados de cuenta. Si no se realiza el pago de la cuenta, se hará una sola llamada telefónica para intentar hacer arreglos de pago. Si no se puede llegar a una resolución, la cuenta será enviada a la agencia de cobros o abogado, y se podría dar de baja de la práctica.*



CENTER FOR

WELLNESS & PAIN CARE

OF GEORGIA

THE BEST CARE BY THE BEST DOCTORS

21. Patients may request a payment plan. A credit or debit card must be on file with us to start a payment plan. Approval is at the discretion of the office. *Los pacientes pueden solicitar un plan de pago. Se debe tener una tarjeta de crédito o débito registrada con nosotros para comenzar un plan de pago. La aprobación queda a discreción de la oficina.*
22. In the event an account is turned over for collections, the person financially responsible for the account will be responsible for all collections costs including attorney fees and court costs. *En caso de que una cuenta sea entregada a cobros, la persona responsable financieramente de la cuenta será responsable de todos los costos de cobro, incluidos los honorarios de abogados y costos judiciales.*

This policy helps the office provide quality care to our valued patients. If you have any questions or need clarification of any of the above policies, please feel free to contact us. *Esta política ayuda a la oficina a brindar atención de calidad a nuestros valiosos pacientes. Si tiene alguna pregunta o necesita aclaración de alguna de las políticas anteriores, no dude en contactarnos.*



CENTER FOR

WELLNESS & PAIN CARE

OF GEORGIA

THE BEST CARE BY THE BEST DOCTORS

Patient Agreement/Acuerdo del Paciente

I have read and understand the financial policy of The Center for Wellness and Pain Care of Georgia, Inc., and I agree to abide by its terms. I hereby assign all medical and surgical benefits and authorize my insurance carrier(s) to issue payment directly to The Center for Wellness and Pain Care of Georgia, Inc. I understand that I am financially responsible for all services I received from The Center for Wellness and Pain Care of Georgia, Inc. This financial policy is binding upon you and your estate, executor, and/or administrators, if applicable. *He leído y entiendo la política financiera de The Center for Wellness and Pain Care of Georgia, Inc. y acepto cumplir con sus términos. Por la presente, asigno todos los beneficios médicos y quirúrgicos y autorizo a mi aseguradora a emitir el pago directamente a The Center for Wellness and Pain Care of Georgia, Inc. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los servicios que recibí de The Center for Wellness and Pain Care of Georgia, Inc. Esta política financiera es vinculante para usted, su patrimonio, ejecutor y/o administradores, si corresponde.*

Disclaimer/Descargo de responsabilidad: Please note that The Center for Wellness and Pain Care reserves the right to change the price/fee without prior notice. Fees may be adjusted due to changes in service type, market rate, or policy updates. *Tenga en cuenta que The Center for Wellness and Pain Care se reserva el derecho de cambiar el precio/tarifa sin previo aviso. Las tarifas pueden ajustarse debido a cambios en el tipo de servicio, la tarifa del mercado o actualizaciones de la política..*

Signature/Firma: _____

Printed Name/Nombre en letra de imprenta: _____

Date/Fecha: _____