



Poliza Financiera

Al entrar en esta relacion medico-paciente, estamos de acuerdo en proporcionar atención medica de calidad a un precio justo y razonable, y que a su vez, acepta que es su obligación de estar preparado para pagaren el momento del servicio y para entender los beneficios de su seguro. Queremos explicar nuestra política financiera a usted para que no haya sorpresas desagradables.

- Co-pagos, deductibles y/o co-seguro deben ser pagados al momento del servicio. Aceptamos efectivo, cheques personales, Mastercard, Visa, Discover. Si usted no esta dispuesto a pagar la cantidad requerida, tenemos la obligación de volver a programar la cita. La responsabilidad financiera estimada para los servicios regulares será debido antes de que estos servicios se le proporcionan. Cualquier saldo restante después de que su plan de salud haiga pagado será debido a la recepcion al tiempo de recibir el estado de cuenta. Si la cobertura de seguro no puede ser verificada antes de la cita, la cuenta será anotada y el pago será debido en su totalidad al tiempo de servicio. Los saldos de cuenta que estén mas de 90 dias sin actividad de pago seran reportados a la oficina de crédito. **Iniciales**_____
- 20% de descuento se le dara a los pacientes que no tienen seguro medico y se tendrá que pagar la factura al momento del servicio. No habrá descuento si su factura no se paga en su totalidad al momento de servicio. **Iniciales**_____
- **Su poliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Es su responsabilidad saber lo que cubre su poliza y lo que no cubre aunque haremos lo posible por ayudarle a sacar el máximo provecho de sus beneficios.** No podemos cotizar sus beneficios. Cualquier articulo considerado “ no cubierto” por su compañía de seguros será su responsabilidad. Cualquier disputa sobre el pago debe ser entre usted y su compañía de seguros. Esto también incluye la designación de laboratorio y las disputas de pago. Usted será responsable de obtener una referencia y/o autorización si es requerida por su aseguradora por los servicios que le sean prestados adecuadamente por fecha al igual que obtener las referencias y/o autorización para citas en el futuro. Usted es responsable del pago si su reclamación es denegada por falta de referencia y/o autorización. **Iniciales**_____
- Como cortesía a usted vamos a presentar una factura a su compañía de seguro primaria dentro 3 dias laborales de su cita con asignación adecuada. Si el seguro no se presenta después de 3 dias a partir de la fecha de su cita no será aceptado y la factura será su responsabilidad . Usted tendrá la responsabilidad de mandar su factura a la compañía de seguro. Por favor traiga su tarjeta de seguro primario con usted a cada visita y proporcionársela a la recepción con información actualizada al momento de registrarse. Entiendo que todos los saldos restantes son mi responsabilidad de satisfacer antes de los servicios adicionales que se me prestan. **Iniciales**_____
- Esta oficina no es parte en las disputas legales. La responsabilidad financiera recae sobre el paciente. **Iniciales**_____
- Una tarifa de \$ 25 se cobrará por todos los cheques con devolución. **Iniciales**_____

Pagos y créditos se aplican a los cargos más antiguos en primer lugar, a excepción de los pagos de seguros, que se aplican a las fechas correspondientes de servicio. Los reembolsos más de \$ 50 serán proporcionados dentro de los 30 días a partir de la fecha de todas las reclamaciones pendientes se satisfacen. Cualquier saldo de crédito menos de \$ 50 estará disponible y será procesada a petición del paciente.

- **Transferencia de registros** requiere una solicitud por escrito y una cuota de \$ 25 antes de ser liberada cualquier información. De vez en cuando vamos a necesitar referirla a otro especialista. Ofrecemos recomendaciones asadas en nuestra experiencia con el especialista. El especialista puede o no puede ser proveedor de su compañía de seguros. Es la responsabilidad del paciente en contacto con su compañía de seguros para averiguar si ese

médico es parte de su compañía de seguros. Si no es así, puede: (1) decide ver a un médico de acuerdo a su portador o (2) ver el médico le recomendamos aunque este fuera de su compañía de seguros. Iniciales _____

- **Las pruebas de laboratorio**-Cuando usted tenga prueba de Papanicolaou o cualquier otro tipo de trabajo de la sangre hecho, vamos a enviar la muestra a un laboratorio externo. Utilizamos Clinical Pathology Laboratories (CPL) a menos que se especifique lo contrario por parte del paciente. Como enviamos las muestras de laboratorio a un laboratorio externo que no cobramos por la prueba real; el laboratorio le enviara una facturará por separado si su seguro no cubre. Iniciales _____
- **Pedidos de su renovación receta** serán manejados dentro de las 24 horas de la solicitud durante las horas regulares de oficina. Pedidos de su renovación de receta no serán tratados después de las horas regulares de oficina o en el fin de semana. Iniciales _____
- Una tarifa de \$ 25 se cobrará por llenar las formas de ausencia medica familiar. Iniciales _____
- Una tarifa de \$ 25 se cobrará si no se presenta a su cita. Iniciales _____
- Mi póliza de seguro actualmente es con Medicaid. Si _____ No _____

Si su respuesta fue si, entiendo que en la opinión de Cornerstone OB-GYN, los servicios o artículos que he solicitado o me han recomendado no pueden ser un beneficio cubierto bajo mi actual programa de Texas Medicaid . Entiendo que el HHSC o su agente asegurador de salud determinan la cobertura o necesidad médica de los servicios o artículos que solicito y recibo. También yo entiendo que es mi responsabilidad pagar por cualquier servicio o artículos que solicito y recibo, si estos servicios no son cubiertos por mi plan de seguro.

- En caso de que mi seguro cambie, es mi responsabilidad notificarle a Cornerstone OBGyn dentro de (10) días. Si la oficina no es notificada, seré responsable de presentar mis propias reclamaciones a mi seguro y seré responsable financieramente de cualquier reclamación denegada. Iniciales _____

He leído y entiendo la política financiera de la Práctica y acepto que quedará vinculado a ella por los términos. Entiendo que si no me ocupo de mi responsabilidad financiera, se me puede ser negado una cita en el futuro. También entiendo y acepto que dichos términos podrán ser modificados por la Práctica en cualquier momento.

Partido responsable (Nombre) (debe tener 18 años o más)

Fecha

Partido responsable (Firma) (debe tener 18 años o más)

Fecha

Autorizo al personal de la oficina y/o Jo Choudhry MD, Kathryn Anger MD, Blanca Duncan MD o Kendra Bookout MD para liberar verbalmente cualquier o toda la información médica a las siguientes

Nombre _____ Esposo/a, Padres, U otro _____

Entiendo que esta es una solicitud apropiada que puedo hacer en nuestra relación médico-paciente y sigue las pautas de confidencialidad médica.

Firma del paciente _____ Fecha _____

En el caso de que sea referido a otro especialista fuera de la oficina de Jo Choudhry MD, Kathryn Anger MD, Blanca Duncan MD o Kendra Bookout MD autorizo la liberación de cualquier o todos mis registros médicos.

Firma del paciente _____ Fecha _____