



1301 Medical Parkway Suite 310 Cedar  
Park, Texas 78613

Phone: (512) 472-6134  
Fax: (512) 472-2928 [childrensurology.com](http://childrensurology.com)

# Hoja de Política Financiera del Paciente

Para reducir la confusión malentendido entre nuestros pacientes y la práctica, hemos adoptado las políticas financieras siguientes. Si usted tiene alguna pregunta sobre estas políticas, por favor consulte con nuestro gerente de la oficina. Estamos dedicados a proporcionar la mejor atención posible y el servicio a usted y lo que se refiere a su completa comprensión de sus responsabilidades financieras como un elemento esencial de su cuidado y tratamiento.

**EL PAGO TOTAL SE DEBE EN EL MOMENTO DE LOS SERVICIOS** a menos que otros arreglos se hayan hecho previamente por usted o su compañía de seguro de salud. Para su conveniencia aceptamos Visa, MasterCard, Discover, efectivo y cheques.

## SU SEGURO DE SALUD (POR FAVOR INICIAL)

- \_\_\_\_\_ Nos disculpamos ante mano, pero Resultados de Radiografía no serán discutidos por teléfono.
- \_\_\_\_\_ Hemos hecho arreglos previos con muchas compañías de seguros y planes de salud a aceptar una Asignación de los beneficios. Esto significa que se le factura de los planes para los que tenemos un acuerdo y sólo le exigirá pagar el co-pago autorizados en el momento del servicio. La política de esta oficina es recoger co-pago cuando llegue a su cita.
- \_\_\_\_\_ Es la responsabilidad del garante conocer los beneficios asociados a su plan de seguros o de cobertura y para obtener todas las referencias y autorizaciones por parte del médico de atención primaria, en su caso. **SI USTED NO TIENE UNA REFERENCIA ACTUAL O AUTORIZACIÓN DE ARCHIVO**, se le puede pedir cambiar su cita
- \_\_\_\_\_ Es la responsabilidad de los padres que sepan donde la compañía de seguros **REQUIER QUE OBTENGA CUALQUIER LABORATORIO, RAYOS X, Y OTROS SERVICIOS AUXILLIARES**. Por favor notificarle a su enferma para que se pueda programar.
- \_\_\_\_\_ **Depósitos de Cirugía se deben hacer 5 días laborables antes de la fecha de la cirugía. Si por alguna razón, la cirugía debe ser cancelada debe hacerse 10 días laborables antes de la fecha de la cirugía o habrá un cargo de \$100.00 por cancelación.**
- \_\_\_\_\_ En el caso de que su plan de salud determine que un servicio "no es cubierto", usted será responsable de la carga completa. El pago se efectuara a la recepción de una declaración de nuestra oficina
- \_\_\_\_\_ Le enviaremos la fractura de su plan de salud para todos los servicios prestados en nuestra oficina. Cualquier balance es su responsabilidad y se debe a la recepción de una declaración de nuestra oficina.
- \_\_\_\_\_ Si no participamos con su compañía de seguros, usted será responsable por el pago en completo. El protocolo para los pacientes sin cobertura médica, como vera más adelante, se aplicara. Como una cortesía podemos presentar un reclamo a su compañía de seguro en su nombre, y su compañía de seguros le puede reembolsar.

## PARA PACIENTES SIN COBERTURA MEDICA

\_\_\_\_\_ Si usted no tiene cobertura médica usted será responsable de los gastos. Lo que significa que a su llegada antes de ver el médico tendrá que pagar un depósito de \$100.00. Al final de su consulta colectaremos el resto de su balance. Si la cuenta se paga ENTERA en el momento de la visita se le hará un descuento del 25% será aplicado a la salida. Por favor, note si no puede pagar el balance restante el descuento de 25%, no se le aplicara al balance.

## ACEPTAMOS VISA, MASTERCARD, DISCOVER, EFECTIVO Y CHEQUES.

## PACIENTES MENORES DE EDAD

Para todos los servicios prestados a pacientes menores de edad, vamos a mirar hacia el adulto que acompaña al paciente y el padre o tutor con la custodia de pago. En caso de que un padre no es capaz de acompañar:

**NOMBRE DE PACIENTE**  
**MENOR DE EDAD:** \_\_\_\_\_

por favor, indique los nombres de las personas que están permitiendo llevar al niño y hacer las decisiones médicas.

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**RELACIÓN:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**RELACIÓN:** \_\_\_\_\_

## CARGOS

- \_\_\_\_\_ **CARGO POR FORMAS FINALIZACION:** tengo entendido que voy a ser responsable de pagar **\$25.00** para los formularios cumplimentados a mi médico o el personal. (Ejemplo: niveles de discapacidad, FMLA formas, etc.)
- \_\_\_\_\_ **CARGO POR CARTAS DE INMIGRACIÓN: \$50.00**
- \_\_\_\_\_ **CARGO POR NO MANTENER SU SITA:** tengo entendido si no mantengo mi cita habrá un cargo de **\$25.00**.
- \_\_\_\_\_ **CARGO POR REGISTROS MEDICOS:** Entiendo que un cargo de **\$ 25.00** será evaluada para cubrir el costo de la copia y el envío de sus archivos. Si los registros están siendo enviados por fax o correo electrónico a otro centro médico, no hay ningún cargo.

Ha leído y entendido la política financiera de la práctica, y estoy de acuerdo en obligarse por sus términos. También entiendo y estoy de acuerdo que la práctica podrá modificar los términos de vez en cuando.

**NOMBRE DE PACIENTE EN LETRA MOLDE** \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL PACIENTE**  
**O LA PERSONA RESPONSABLE SI ES MENOR DE EDAD** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_