



## POLITICAS DE LA OFICINA

Estamos comprometidos a darle la mejor atención posible y nos gustaría aprovechar esta oportunidad para informarle de nuestras políticas financieras de la oficina

todos los pacientes deben **completar el formulario de paciente nuevo** antes de ver a la Doctora. La información debe ser actualizada cuando se produzcan cambios. Es su responsabilidad de hacernos saber de los cambios en su dirección, farmacia, seguro medico, correo electrónico, número de teléfono, etc

**Identificación** debe ser presentada en el momento de la visita. Si usted no tiene seguro puede pagar por su visita en efectivo. Si está asegurado debe proporcionar una tarjeta de seguro. Es su responsabilidad de divulgar información sobre el seguro primario y secundario. Nosotros sólo somos responsables de la presentación de reclamos a las compañías de seguros con los que estamos contratados. Presentamos reclamos como cortesía a nuestros pacientes y no nos involucramos en cualquier conflicto entre el seguro y el paciente. Cualquier disputa de cargos no pagados se le cobrará al paciente o la persona responsable

**El pago total** se debe en el momento en que se prestan los servicios. Esto incluye los deducibles, copagos y otros servicios que no están cubiertos por su seguro. Vea a continuación para obtener información adicional acerca de nuestras políticas financieras.

Todas las **renovaciones de medicamentos** deben ser puestas en la farmacia por lo menos 3 días hábiles antes de que se le acaben sus medicamentos para permitir tiempo de renovación adecuada. Todas las renovaciones de medicamentos serán tratados durante el horario normal de la oficina. **No vamos a prescribir o renovar medicamentos después de las horas de oficina.**

Si usted tiene una necesidad médica **después de horas** y usted no puede esperar hasta el siguiente día hábil, por favor vaya a la sala de emergencias más cercana o a una clínica de atención urgente para obtener atención médica

Mensajes en el portal o correo de voz del paciente serán devueltos el día hábil siguiente.

Requerimos una antelación mínima de **48 horas** para completar **referencias**.

Abuso físico o verbal hacia el personal de la oficina o a la Doctora no será tolerada.

# POLITICA FINANCIERA

*Escriba sus iniciales al lado de cada párrafo para reconocer que ha leído y acepto los términos discutidos.*

\_\_\_\_\_ Entiendo que soy responsable de todos los cargos, independientemente de la cobertura del seguro. Estoy de acuerdo en pagar la cuenta, de acuerdo con las tarifas normales y condiciones de pago de esta oficina. En el caso de que tenga derecho a beneficios de seguro de salud relacionados con mi tratamiento médico, yo asigno esos beneficios a esta clínica para aplicar a mi cuenta. La oficina puede liberar registro de mi tratamiento a mi compañía de seguro y otros terceros responsables del pago de mis gastos médicos.

\_\_\_\_\_ Le enviaremos la factura de reclamos a su seguro médico como una cortesía a nuestros pacientes, siempre y cuando tengamos la información de seguro actual y las referencias necesarias. Aceptamos el pago de las compañías de seguros, pero requerimos que usted pague su porción, incluyendo copagos, deducibles o coseguro en el momento del servicio.

\_\_\_\_\_ Intentaremos ponernos en contacto con usted para recordarle de sus citas, sin embargo, es la responsabilidad del paciente de llegar a su cita a tiempo. Le pedimos que nos notifique 48 horas hábiles de anticipación para cancelar o reprogramar su cita. **Tenga en cuenta que el no hacerlo puede resultar en un cargo de \$25.00.**

\_\_\_\_\_ Es su responsabilidad de informar a esta oficina de cualquier cambio en su nombre, dirección, número de teléfono, y seguro de cobertura.

\_\_\_\_\_ Si su compañía de seguro niega el pago de sus visitas al consultorio o tratamientos, usted será responsable de pagar los cargos de oficina prestados por la Doctora Perales. **Por favor, pongase en contacto con nuestro departamento de facturación si tiene alguna pregunta o si necesita hacer arreglos de pago.**

\_\_\_\_\_ Las cuentas morosas serán entregadas a una agencia de colección exterior sin previo aviso si la cuenta permanece sin pagar después de 60 días. El paciente o el garante se comprometen a pagar todos los costos de recolección, incluyendo honorarios de abogados, gastos de cobranza, y honorarios contingentes a las agencias de cobro de no menos del 35% del saldo moroso, tales honorarios de contingencia que deban agregarse o ser recogidos por la agencia de cobranza inmediatamente a nuestra recomendación de su cuenta a la agencia de cobro de nuestra elección.

\_\_\_\_\_ Al proporcionar su información de contacto, usted está autorizando a nosotros y a nuestros agentes para utilizar esta información como un método de comunicación con usted.

***He leído las políticas financieras y entiendo y estoy de acuerdo con estos términos.***

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente/Garante (en letra imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/garante

\_\_\_\_\_  
Fecha

***Gracias por la comprensión de nuestras políticas de oficina. Estamos muy contentos de que usted eligió a One World Healthcare como su centro de atención primaria !***