

## POLITICA FINANCIERA

Todos los pacientes deben de leer y firmar esta forma antes de recibir nuestros servicios.

- ❖ Es su responsabilidad en proveernos con su información actual de su aseguranza.
- ❖ Si usted falla en proporcionarnos esta información en un tiempo oportuno, su aseguranza puede negar su reclamo. Si su reclamo es negado, usted es responsable financieramente por los servicios rendidos.
- ❖ Queremos descartar que como sus proveedores médicos, nuestra relación es con usted, no con su compañía de aseguranza. El contrato de su aseguranza es entre usted y su aseguranza, y probablemente con su empleador. Es la responsabilidad de usted saber el nivel de servicios que cubre su aseguranza.
- ❖ Si usted tiene cobertura con MEDICAID, de cualquier tipo, usted nos tiene que dejar saber antes de su visita. ESTO ES PARTE DE SU ACUERDO CON MEDICAID. Y si falla en notificarnos de su cobertura con MEDICAID, usted será responsable financieramente por los servicios rendidos.
- ❖ Nosotros podemos recibir pago de aseguranza después de verificar su cobertura. Tenga en cuenta que algunos, o quizá ninguno de sus servicios rendidos serán cubiertos completamente por su aseguranza. Usted es responsable financieramente por los servicios que no cubra su aseguranza.
- ❖ Co-Pago, Co-Aseguranza, y/o Deducibles deben de ser pagados al mismo tiempo que los servicios serán rendidos. Nosotros estimaremos esta cantidad basado en la información que recibamos de su aseguranza. Sin embargo, usted es responsable para hacer un pago en lleno, basado a su compañía de aseguranza ya cuando hayan pagado su reclamo, a pesar de nuestra estima.
- ❖ Es su responsabilidad en proveernos con su información de facturas.
- ❖ Debe de darnos su dirección actual, a donde le podamos mandar sus facturas, todos los números de teléfono actuales, y cualquier otra información importante.
- ❖ Le mandaremos un estado de cuenta (a la dirección dada) para notificarle de balances pendientes. Si tiene alguna pregunta, o cuestión de la validez de su balance, es su responsabilidad en contactar a nuestros empleados dentro de 30 días después de recibir la factura. Contactenos al número 817-332-8848.
- ❖ Su pago debe de ser hecho en lleno después de recibir la factura. Si el balance no está pagado entre 30 días después, será considerado tarde.
- ❖ Si no es posible pagar su balance en lleno, favor de contactar nuestra oficina para hablar de un plan de pago. Si falla en hacer sus pagos, como acordamos, su cuenta puede ser referida a una agencia de colecciones profesionales y/o a un abogado. Usted será responsable por todos los costos de colecciones incurridos, incluyendo los costos de abogados y/o cortes, si es que aplican.
- ❖ Si hace un pago por cheque, y el banco lo regresa por cualquier razón, le agregaremos \$25 a su balance original. Además, también podemos solicitar remedios legales previsto debajo de la ley de Texas.
- ❖ Podemos cobrarle un cargo por no venir a su cita si no habla para cancelar 24 horas antes de la cita.
- ❖ Si falla en mantener su balance de cuenta al corriente, será necesario cancelar o reprogramar su cita para otro día.

---

Firma del Responsable

---

Fecha

---

Nombre del Paciente

---

Fecha de Nacimiento

## POLITICAS DE LA OFICINA

- ❖ Todos los pacientes tienen que llenar formularios antes de que el Doctor los atienda. La información debe de ser actualizada anualmente o cuando ocurra un cambio. Favor de dejarnos saber si hay un cambio en su dirección, número de teléfono, y/o Doctor Familiar.
- ❖ Habrá un cargo de \$25 por llenar formularios médicos/deseabilidad/trabajo.
- ❖ Si necesita un relleno de sus medicamentos, háblenos mínimo 5 días de trabajo antes de terminarse su medicamento, así nos da más tiempo para obtener aprobación.
- ❖ Referencias- usted es responsable en contactar a su Doctor Familiar para que le dé una referencia para venir a nuestra oficina, si es que su póliza de aseguranza lo requiere. La mayoría de los Doctores Familiares requieren 48 horas de aviso para realizar una referencia.
- ❖ Apreciamos su paciencia en la área de espera. Nos esforzamos en mantener el horario de la clínica a tiempo, pero hay veces que tenemos emergencias. En estos casos, su espera puede ser más larga de lo normal.
- ❖ Abuso físico o verbal hacia los empleados y doctores no será tolerado.

Gracias por entender nuestra Política de la Clínica. Nos alegramos que usted ha elegido nuestra oficina para sus necesidades médicas.

---

Firma del Pacientes

---

Fecha

DATE	BEG BALANCE	OUTSTANDING CHECKS	ENDING BALANCE
2	\$69,034.90	\$35,980.51	\$33,054.39
4	\$36,786.59	\$19,819.48	\$16,967.11
5	\$47,784.20	\$8,385.68	\$33,544.51
6	\$47,784.20	\$8,385.65	\$33,544.51
7	\$34,086.21	\$14,239.69	\$16,846.52
8			
11			
12			
13			
14			
15			
18			
19			
20			
21			
22			
25			
26			
27			
28			

1127089

38,273.04

Bus 2926.16  
 Cash 6928.71  
9854.87

25,575.81

63,841.88

27,012.15

36,829.73

15902.92