

Gracias por elegir al Dr. Gerald McCool para el cuidado de su salud. Si tiene cualquier pregunta con respecto a lo siguiente, por favor pregunte a la recepcionista o al administrador de oficina.

EL PROCESO DE RECLAMOS DE SEGURO: LA POLITICA DE SEGURO MEDICO ES UN CONTRATO ENTRE USTED Y SU PLAN DE SEGURO MEDICO. Usted es responsable de entender y seguir el procedimiento requerido de las políticas de su plan de salud. Es su responsabilidad proporcionar la **INFORMACION CORRECTA Y ACTUALIZADA** del **SERVICIO DE SU ASEGURANZA**, así podremos procesar apropiadamente un reclamo de seguro a su favor para los servicios requeridos. Si no recibimos el pago en un plazo de 60 días a partir de la fecha del servicio en que fue solicitado, usted es responsable del adeudo y podremos solicitar el pago inmediato de su parte. **NO** todos los planes de salud son iguales y no cubren los mismos servicios. En el caso de que su plan de seguro determine que un servicio "no se cubrirá" (los pacientes de Seguro de enfermedad firmarán una forma **ABN** en el espacio de servicio) usted será responsable del cargo en su totalidad. Es su responsabilidad estar en contacto con su plan de seguro con respecto a los beneficios o servicios de cobertura.

REMISIONES Y AUTORIZACIONES: Si su plan de seguro le requiere tener una autorización de la facturación de su **MEDICO PRIMARIO del CUIDADO (PCP)** para ser considerado por el Dr. McCool, es su **RESPONSABILIDAD** revisar que su factura haya sido recibida por nuestra oficina antes de su visita. **LA FALTA DE NO TENER UNA AUTORIZACION VALIDA POR PARTE DE SU ASEGURANZA, PUEDE DAR LUGAR A CAMBIOS EN LA HORA DE SU CITA HASTA QUE SE OBTENGA LA AUTORIZACION CORRESPONDIENTE.** Si usted solicita una visita **SIN** autorización, usted será responsable del pago de los servicios obtenidos y necesitará proporcionar la documentación adicional que permitirá que obtengamos el pago completo en la fecha en que los servicios son obtenidos. Si su plan de salud requiere de cirugía u otros servicios que requieran pre-autorización, informe por favor a la recepcionista tan pronto como sea posible para ayudarle a obtener una pre-autorización. La pre-autorización de los beneficios de cobertura no garantiza el pago de los servicios obtenidos. Si se niega el pago, usted es responsable del pago en su totalidad. Si usted tiene preguntas respecto con la facturación y autorizaciones, tenga la confianza de preguntar a la recepcionista o al administrador de la oficina.

PRE-PAGOS, PRE-ASEGURANZA, DEDUCCIONES, SERVICIOS NO CUBIERTOS Y PAGOS PERSONALES: Si su plan de seguro requiere un co-pago, una co-aseguración o un deducible al momento en que usted recibe el servicio, se le solicita pagar antes de su visita o después de la comprobación de los servicios solicitados. Se requerirá a los pacientes que paguen por su cuenta, el pago total antes de la consulta o después de que se proporcione el servicio. Para su conveniencia aceptamos efectivo, cheques personales o tarjetas de crédito. Habrá un cargo de \$ 50.00 por devolución de cheques por fondos insuficientes. Usted tendrá 14 días para saldar su cuenta personalmente en las oficinas y se aceptará **SOLAMENTE EFECTIVO**. Si no se cubre el saldo dentro de los siguientes 14 días, enviaremos su cheque al abogado del condado para su trámite de cobranza por fondos insuficientes.

CITAS NO CANCELADAS, CANCELACION DE CIRUGIAS. Si usted no se presenta a la cita solicitada, habrá un cargo de \$ 25.00 por no presentarse. Las cancelaciones se aceptan con 24 horas de anticipación. No somos responsables de recordarle de su próxima cita. Si usted decide cancelar una cirugía, nos lo deberá informar con anticipación de 7 días laborales. Si no nos habla para cancelar dentro de este plazo, tendrá un cargo de no-cancelación de \$200.00. Si usted tiene una demora de 15 minutos, y no le informa al personal de la oficina, su cita puede ser cambiada de hora.

RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE POR SERVICIOS RECIBIDOS. Le enviaremos un estado de cuenta de cualquier balance restante después de que se ajuste su plan de seguro. El monto total deberá ser cubierto en su totalidad en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que aparece en su estado de cuenta. Si no se recibe dicho pago, usted cuenta con 30 días para ponerse al corriente en su saldo. Si no se recibe ninguna notificación en un plazo de los próximos 30 días, su cuenta será enviada a nuestra agencia de cobros. **SI SU CUENTA ES ENVIADA A UNA AGENCIA DE COBROS, USTED SERA RESPONSABLE DE TODOS LOS GASTOS Y HONORARIOS QUE INCURRAN POR DICHO TRAMITE.**

MENORES DE EDAD: Un padre o la persona que tenga la tutela legal debe de acompañar a un menor de edad. Los padres o guardianes legales son los responsables de cumplir con los términos de éste acuerdo financiero y deberán hacerse cargo de los pagos al momento en que se obtengan los servicios médicos.

INFORMACION INCOMPLETA O INFORMACION DE COBRANZA INCOMPLETA: Usted es responsable de notificarnos cualquier cambio en su plan médico o información financiera. El no hacerlo, podría hacerlo responsable por falta de cobertura en el total de su balance. El Dr. McCool no es responsable de cualquier error de facturación por parte de su aseguradora, procedimientos no cubiertos debido a información errónea, información omitida o información incompleta de su parte, su aseguradora o de pagos de coberturas secundarias.

ACEPTO Y ENTIENDO LA "RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE" GENERADA POR EL Dr. McCool, DPM Y ACEPTO TODOS LOS TERMINOS Y CONDICIONES ANTES MENCIONADOS. SI DECIDO OBTENER UNA COPIA DE ESTE ACUERDO, LO HARE NOTIFICANDO A LA RECEPCION.

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Padre o Guardian Legal _____ Relación con el Paciente _____