

POLÍTICA FINANCIERA

Bienvenido y gracias por elegir Foot Center McAllen Weslaco PLLC (FCMW o la Práctica). Creemos que podemos atender mejor sus necesidades médicas si está familiarizado con las siguientes políticas y procedimientos.

HORAS DE OFICINA: Nuestras oficinas, McAllen y Weslaco, están abiertas de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Los doctores están disponibles en caso de emergencia en cualquier momento.

CITAS: Las citas se pueden hacer por teléfono durante el horario de oficina o solicitadas a través de nuestro sitio web. Se hará todo lo posible para proporcionar la atención más temprana posible para la comodidad del paciente. Los pacientes nuevos en nuestra Práctica deben llegar 15 minutos antes de su cita programada para el proceso de registro. Debido a la naturaleza no programada de las emergencias, ocurren retrasos ocasionales. Esperamos que usted entienda que estos retrasos son inevitables. Si no puede asistir a su cita, llámenos para cancelar con la mayor antelación posible.

SE REQUIERE QUE TODOS LOS PACIENTES LEAN Y FIRMEN UNA COPIA DE ESTA POLÍTICA, QUE SE DEBE CONSERVAR EN EL REGISTRO MÉDICO DEL PACIENTE.

1. Para proteger su identidad médica, le pedimos que presente su tarjeta(s) de seguro y una identificación con foto en cada visita. Es su responsabilidad proporcionarnos la información correcta para asegurar una facturación adecuada a su compañía(s) de seguros.
2. Si tiene un cambio de dirección, números de teléfono y / o empleador, notifíquelo a la recepción y con gusto actualizaremos sus registros. Es su responsabilidad informarnos de manera oportuna sobre cualquier cambio en su información de facturación y seguro.
3. Es nuestra política cobrar el pago en el momento de los servicios. Recogeremos su deducible, copago, coseguro o cargos por servicios no cubiertos en el momento de su visita (según el monto permitido de su seguro). Aceptamos efectivo, cheques y / o tarjetas de crédito (con la identificación correspondiente). Los cheques devueltos tendrán un costo de \$30.00. Las devoluciones de cargo de tarjeta de crédito tendrán un cargo de \$40.00. El reemplazo de los cheques de reembolso perdidos incurrirá en una tarifa de \$40 para cubrir la suspensión del pago del cheque perdido.
4. Si su compañía de seguros no cubre un servicio o le niega un cargo, se le facturará el saldo total, sujeto a los requisitos y limitaciones de su compañía de seguros. Se espera que pague el saldo total en un plazo de diez (10) días o que llame a nuestro departamento de facturación para acordar el pago. Si el pago no se recibe dentro de 90 (noventa) días, su cuenta estará sujeta a procedimientos legales de coleccion.
5. Si su compañía de seguros requiere una referencia y / o autorización previa, es su responsabilidad obtener esto de su doctor primario o compañía de seguros antes de su cita. Estaremos encantados de ayudarle con este proceso.
6. Participamos con muchos, pero no con todos los planes de seguro. Es su responsabilidad ponerse en contacto con su compañía de seguros para verificar que participamos con su plan.
7. En accidentes, casos legales, etc. en los que una compañía de seguros u otra parte se presume responsable de sus gastos incurridos como resultado de su accidente o enfermedad, FCMW busca a la parte que recibe los servicios para el pago y no se puede esperar que espere para la conclusión de casos judiciales a largo plazo o la resolución de reclamaciones de seguros en disputa antes de ser pagados. Se espera que la parte que recibe dichos servicios cuide su cuenta de acuerdo con las pautas de crédito anteriores.

RECLAMACIONES DE SEGURO DE INDEMNIZACIÓN: Si tiene un seguro de indemnización, que pagará los servicios prestados en FCMW, es nuestra política proporcionarle, sin cargo, una declaración con toda la información que necesita su compañía de seguros. Debe enviar esta declaración junto con su formulario de reclamo de seguro, completando solo la parte del paciente, directamente a su compañía de seguros. Sin embargo, debe entenderse que la responsabilidad financiera de la cuenta recae en el paciente. Las reclamaciones de seguros sobre los servicios realizados deben ser solicitadas por el paciente. Usted será responsable de cualquier deducible al momento del servicio.

* Precaución: si su seguro cubre los servicios prestados en FCMW, es su responsabilidad solicitar una declaración detallada en nuestra oficina que cubra estos servicios. Si ha presentado una reclamación de seguro y no se ha recibido ningún aviso de pago o rechazo dentro de los 60 días a partir de la fecha de presentación, le recomendamos que:

1. Póngase en contacto con su compañía de seguros en cuanto a la razón de la demora

POLÍTICA FINANCIERA

2. Realice pagos regulares en su cuenta para mantenerla en buen estado. Cualquier pago excesivo se reembolsará en caso de que el seguro pague directamente a FCMW.

PACIENTES DE MEDICARE: FCMW es un proveedor participante con Medicare Parte B y le facturaremos a Medicare todos sus cargos cubiertos. Si tiene un proveedor suplementario, también se lo facturaremos. Si no se recibe el pago de su proveedor

suplementario dentro de los cuarenta y cinco (45) días de haberlo enviado, le facturaremos el saldo adeudado en el Medicare Permitido. **SI NO TIENE UN TRANSPORTADOR SUPLEMENTARIO, EL 20% DE MEDICARE NO PAGA SERÁ RECOGIDO DE USTED EN EL MOMENTO DE SU VISITA.** Cada año, se esperará que pague la cantidad permitida de sus cargos hasta que se haya alcanzado su deducible anual de Medicare.

PACIENTES DE AUTOPAGO: Se espera que los pacientes sin cobertura médica paguen la totalidad en el momento del servicio. Si no podrá pagar el monto total, debe comunicarse con nuestro departamento de facturación antes de ver al médico para hacer los arreglos de pago.

LAS CANTIDADES ANTERIORES Y LA POLÍTICA DE RECOLECCIÓN: Nos ha resultado cada vez más difícil cobrar tarifas. Nos ha resultado útil ser explícitos en nuestra Política Financiera. Con demasiada frecuencia, los pacientes afirman que no tienen forma de pago. Le pedimos que acuda a sus citas con alguna forma de pago para cumplir con sus obligaciones financieras.

1. Las cuentas de más de treinta (30) días sin actividad de pago o sin arreglos para el pago se colocarán en estado de colecciones y se entregarán a una agencia independiente para la recolección adicional.
2. Si su cuenta se encuentra en estado de cobro: es posible que deba pagar el saldo personal en su totalidad antes de su próxima visita, y todos los servicios futuros se realizarán en efectivo o se cargarán automáticamente a su tarjeta de crédito.

PADRES DIVORCIADOS DE PACIENTES MENORES: Al firmar a continuación, el adulto que inscribe a un niño menor en nuestra práctica el día del servicio acepta la responsabilidad del pago. Esta oficina no envía facturas o registros al otro padre / tutor legal por problemas de pago o comunicación. Nos comunicaremos sobre el tratamiento y el pago con los padres que firmen ese día. Los padres son responsables entre ellos de comunicarse entre sí sobre los problemas de tratamiento y pago.

CUOTAS DEL FORMULARIO: Hay una tarifa de \$ 15.00 para completar los formularios. Los formularios pueden incluir, entre otros: discapacidad, FMLA, préstamo, póliza de seguro complementario, formularios de guardería, etc. Los pagos deben realizarse antes de completar los formularios. La oficina tendrá 10 días hábiles para completar los formularios antes de que estén disponibles para que los recoja el paciente.

COPIAS DE LOS REGISTROS MÉDICOS: Las copias en papel tendrán un costo de \$25 por las primeras 20 páginas y 50 centavos por cada página posterior. Las copias de rayos X incurrirán en una tarifa de \$ 8 por copia más el costo de envío o entrega si es necesario. Para los registros provistos en formato electrónico, se aplica una tarifa de \$25 por 500 páginas o menos y \$50 por más de 500 páginas. Se aplicará una tarifa razonable por el costo real de los suministros y el envío postal (si corresponde). Si se solicita una declaración jurada que certifique que la información es una copia verdadera y correcta de los registros, se aplicará una tarifa de \$15.

QUEJAS: Nuestro deseo más sincero es que no tenga la oportunidad de registrar una inquietud, pero si es así, llame a cualquiera de los proveedores o al gerente de la oficina al (956) 682-4187. Se recomienda su crítica constructiva en cualquier momento para ayudarnos a mejorar el servicio a nuestros pacientes.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: Por la presente asigno todos los beneficios médicos y quirúrgicos, para incluir los principales beneficios médicos a los que tengo derecho. Por la presente autorizo y dirijo a mi (s) compañía (s) de seguros, incluidos Medicare, Medicaid, seguros privados y cualquier otro plan médico / de salud, a emitir cheques de pago directamente a Foot Center McAllen Weslaco PLLC para recibir servicios médicos para mí y / o para mis dependientes sin importar mis beneficios de seguro, si los hay.

POLÍTICA FINANCIERA

Recuerde, ya sea que tenga seguro médico o no, en última instancia, usted es financieramente responsable del pago de sus cargos. Si tiene alguna pregunta sobre nuestra Política financiera, comuníquese con nuestro departamento de facturación. He leído y entiendo la Política Financiera anterior y acepto estar sujeto a sus términos. También entiendo y acepto que dichos términos pueden ser modificados por la Práctica de vez en cuando.

Nombre del paciente

Fecha

Firma del paciente (o padre/madre del paciente)