

POLÍTICA FINANCIERA Y PROCEDIMIENTOS DE LA OFICINA

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

HORAS DE OFICINA: Nuestras oficinas 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. Pacientes nuevos a Foot Center deben llegar 15 minutos antes de su cita programada para 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 reagendar o cancelar su cita con la mayor antelación posible.

SE REQUIERE QUE TODOS LOS PACIENTES LEAN Y FIRMEN ESTA POLÍTICA QUE SE CONSERVARA EN EL REGISTRO MÉDICO DEL PACIENTE. El paciente es responsable de lo siguiente:

1. Para proteger su identidad médica, le pedimos que traiga su tarjeta(s) de seguro y una identificación con foto en cada visita.
2. Si tiene un cambio de dirección, números de teléfono o empleador, notifíquelo a la recepción prontamente.
3. Pago por servicios es obligatorio al momento de recibir los servicios. Recogeremos su deducible, copago, coseguro o cargos por servicios no cubiertos en el momento de su visita. Aceptamos solamente efectivo y tarjetas de crédito/débito (con la identificación correspondiente). Las devoluciones de cargo de tarjeta de crédito tendrán un cargo de \$40.00. El reemplazo de cheques de reembolso perdidos incurrirá una tarifa de \$40 para la suspensión del cheque perdido.
4. Si su compañía de seguros no cubre un servicio o le niega un cargo, se le facturará el saldo total. Se espera que pague el saldo total en un plazo de diez (10) días. Si el pago no se recibe dentro de 90 (noventa) días, su cuenta estará sujeta a procedimientos legales de colección.
5. Si su compañía de seguros requiere una referencia o autorización previa, es su responsabilidad obtenerla de su doctor primario o compañía de seguros antes de su cita.
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. Foot Center busca a la parte que recibe los servicios para el pago y no puede esperar la conclusión de casos judiciales a largo plazo o la resolución de reclamaciones de seguros en disputa. 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: Le proporcionaremos una declaración con información que necesita su compañía de seguros. Usted debe enviar esta declaración junto con su formulario de reclamo directamente a su compañía de seguros. La responsabilidad financiera recae en el paciente. Reclamaciones de seguros sobre los servicios obtenidos deben ser solicitadas por el paciente. Usted es responsable de cualquier deducible al momento del servicio. Dependiendo de su plan es posible que deba pagar por adelantado por los servicios y luego presentar un reclamo a la compañía de seguros para el reembolso. Si su seguro cubre los servicios recibidos, es su responsabilidad solicitar una declaración de servicios. Si ha presentado reclamación de seguro y no ha recibido pago o rechazo dentro de 60 días de la fecha de presentación:

1. Póngase en contacto con su compañía de seguros en cuanto a la razón de la demora
2. Haga pagos regulares en su cuenta para mantenerla en buen estado. Cualquier pago excesivo se reembolsará en caso de que el seguro pague directamente a Foot Center.

PACIENTES DE MEDICARE: Foot Center 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 SEGURO SUPLEMENTARIO, EL 20% DE MEDICARE NO PAGA SERÁ COBRADO A 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 SIN SEGURO: Se espera que los pacientes sin cobertura médica paguen la totalidad en el momento del servicio.

BALANCES Y PAGOS: Le urgimos que acuda a sus citas preparado para cumplir con sus obligaciones financieras.

POLÍTICA FINANCIERA Y PROCEDIMIENTOS DE LA OFICINA

1. Las cuentas de más de treinta (30) días sin pago o sin arreglos para el pago se colocarán en estado de colecciones y se entregarán a una agencia independiente para la recolección.
2. Si su cuenta se encuentra en estado de cobro deberá pagar el saldo total 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: El adulto que inscribe a un niño menor el día del servicio acepta la responsabilidad del pago. No enviamos facturas o registros al otro padre o 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.

ARTÍCULOS NO CUBIERTOS: Los artículos no cubiertos no se pueden facturar a Medicare, Medicaid o cualquier otro seguro. La lista a continuación no está completa y puede haber otros elementos no enumerados que tampoco estén cubiertos. El pago de los artículos no cubiertos se espera de los pacientes en el momento del servicio:

Cuidado rutinario de los pies	Ortesis	Callus Pads	Férulas (splints)
Zapatos postoperatorios	Reguladores de dedos	Copias de rayos X	
Productos de venta libre: Clean Sweep, Kera Cream, Crema anti-fungal, Amerigel, etc.			

CUOTAS DE FORMULARIO: El completar los formularios incurrirá un costo de \$15. Los formularios pueden incluir: discapacidad, FMLA, préstamo, póliza de seguro complementario, formularios de guardería, etc. El pago debe 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 REGISTROS MÉDICOS: Copias en papel tendrán un costo de \$25 por las primeras 20 páginas y \$0.50 por cada página adicional. Copias de rayos X incurrirán en una tarifa de \$ 8 por copia más el costo de envío. Registros en formato electrónico tendrán 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. La oficina tendrá cinco (5) días hábiles para cumplir con la solicitud después de que se haya recibido la solicitud y el pago.

QUEJAS: Nuestro deseo más sincero es que no tenga que expresar una queja, pero si es así, llame al gerente al (956) 682-4187. Se aprecia su crítica constructiva 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.

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)