



Política Financiera

Healthcare Associates of Texas y sus afiliadas reconocen la necesidad de que haya un entendimiento claro entre nuestros pacientes y sus proveedores de atención médica en relación a la información médica protegida y las políticas financieras relacionadas con la prestación de los servicios de atención médica. Nos dedicamos a ofrecer la mejor atención posible para usted y la información a continuación se provee para evitar malos entendidos con respecto a nuestras políticas financieras y la información médica protegida asociada.

1. **Pagos:** El pago vence en el momento de su visita. El pago incluye todo importe adeudado por copagos, coseguro, deducibles no satisfechos, cargos no cubiertos y todo saldo de visitas anteriores. Si usted no tiene seguro, o si su cobertura actualmente está sujeta a una cláusula de afección preexistente, el pago completo vence en el momento de la visita. Exigimos que presente su tarjeta de ID de seguro y licencia de conducir al registrarse debido a la frecuencia cada vez mayor del robo de identidad.

2. **Seguro:** Somos proveedores participantes, dentro de la red de la mayoría de los planes de seguros. Recuerde que su seguro es un contrato entre usted y la compañía de seguros. Es responsabilidad suya verificar que somos proveedor participante (“dentro de la red”) para su seguro. También es responsabilidad suya entender cuáles son los servicios que permite su cobertura de seguro, así como la responsabilidad financiera que pudiera tener por dichos servicios. Si su plan de seguro requiere la autorización de una referencia de su proveedor de atención primaria, presente dicha autorización antes de recibir los servicios o al registrarse. Haremos nuestra mejor estimación del importe que adeude por cada visita antes de su llegada; sin embargo, todo importe contractual no pagado por su seguro será responsabilidad suya. Si su compañía de seguros no le paga al proveedor dentro del plazo de 60 días de la recepción de una reclamación limpia, el saldo será responsabilidad suya. Si posteriormente recibimos el pago de su asegurador, le reembolsaremos todo pago en exceso, menos cualquier saldo pendiente del paciente.

3. **Seguro secundario:** El Departamento de Seguros de Texas requiere que el paciente provea al proveedor cobertura de seguro secundario, si corresponde. El paciente acepta proveer dicha información. El paciente acepta notificarle al proveedor de cualquier adición, cambio o eliminación en el futuro de la cobertura de seguro primario o secundario.

4. **Pago oportuno:** Si no cuenta con cobertura de seguro, esté preparado para pagar la totalidad de sus servicios en cada visita. Comprendo que lo que se cobre en un principio solo es una estimación y que puedo recibir una factura.

5. **Cheques devueltos:** Los cheques devueltos y los pagos bloqueados incurrirían un cargo de servicio de \$30 y están sujetos a la actividad de cobranzas. Se le exigirá que lleve dinero en efectivo, fondos certificados o un giro postal para cubrir el importe del pago, más el cargo de servicio, antes de recibir los servicios de nuestro personal o nuestros médicos. Los pagos bloqueados constituyen una violación de nuestras políticas de pagos y los cheques sin fondos están sujetos a prosecución en el condado de Dallas.

6. **Principios contables:** Los pagos y los créditos de los pacientes para saldos existentes se aplican primero a los cargos más antiguos del garante.

7. **Cargo por formularios:** El completar los formularios como los de atención a largo plazo, seguro de vida y de la Ley de Permisos Familiares y Médicos (FMLA) (*Formularios administrativos) requiere de tiempo considerable para el personal de oficina y tiempo alejado de la atención a los pacientes para nuestros médicos. El proveedor cobra un cargo por trámites de \$25 por formularios y un cargo por completar el formulario de \$5 por página (máximo de \$50 por formulario) para los Formularios administrativos. El pago vence en el momento de la solicitud. El proveedor cobrará un cargo adicional por los formularios asociados con exámenes especiales como de determinación de discapacidad para escuela, campamento o la participación en los deportes.



8. Copiado de registros médicos: El proveedor no cobrará por la transferencia de registros médicos directamente al consultorio de otro médico. El proveedor cobra \$6.50 por los primeros (20) páginas y \$0.50 por página adicional para solicitudes de copiar y proporcionar los registros médicos para usted en forma impresa. El proveedor contará con 15 días hábiles para copiar los registros antes de ponerlos a la disposición del paciente para que los recoja. Estos 15 días hábiles comenzarán después de haber recibido el pago del copiado y después de que el paciente haya firmado el Formulario de autorización de divulgación de registros. Para obtener una copia electrónica de sus registros médicos, el proveedor cobrará \$25.00 por las primeras 500 páginas.

9. Oficina De Facturación: Si tiene preguntas sobre sus estados de cuenta, nuestro personal de cuentas por cobrar está a su disposición para asistirle. Llame al 972-594-1524 si tiene alguna preocupación sobre la facturación.

10. Cancelaciones o citas perdidas: Si usted no cancela su cita con al menos 24 horas de antelación o si falta a la cita, lo podremos cobrar un cargo de \$50 por cita perdida. En caso de múltiples cancelaciones de citas o faltas a la cita, se podrá dar de baja al paciente de nuestra práctica.

11. Responsabilidad del pago: Comprendo que soy responsable financieramente ante el proveedor de los cargos no cubiertos por la asignación de beneficios del seguro. Si no mantiene al corriente el saldo de su cuenta podrá ser necesario que cancelemos o reprogramemos su cita.

12. Asignación de beneficios de seguro: Autorizo al proveedor que presente las reclamaciones de parte mía directamente a Medicare/Medicaid/mi asegurador de seguro de salud privado. El proveedor cobrará los suministros y los servicios prestados. Comprendo que soy responsable financieramente ante el o los proveedor(es) por los cargos no pagados o no pagaderos.

13. Divulgación de información: Autorizo y dirijo al proveedor que divulgue a las agencias gubernamentales, aseguradores u otras partes que sean responsables financieramente de tal atención profesional y médica, toda la información necesaria para corroborar las reclamaciones y el pago.

14. Cargos por cobranza: Comprendo que si mi cuenta ha pasado al área de cobranzas, todo cargo adicional incurrido debido a ello, se añadirá a mi saldo pendiente, incluidos pero no limitados a los cargos por pago tardío, cargos de agencias de cobranzas, costos de tribunales, intereses y multas. Comprendo que el pago de la totalidad de estos cargos adicionales será responsabilidad mía.

15. Hijos de padres separados o divorciados: Al firmar a continuación, el padre/madre o el tutor que firme por un hijo menor en la visita inicial a nuestro consultorio acepta la responsabilidad del pago de la visita. El proveedor no es responsable de enviar facturas o registros al otro padre/madre/tutor. Hablaremos acerca del tratamiento y el pago con el padre/madre o tutor que firme por el paciente. Los padres y/o tutores son responsables de comunicarse entre sí acerca de asuntos relacionados con el tratamiento y el pago.

16. Consentimiento para tratamiento: Acepto el tratamiento que consideren necesario los proveedores y empleados de HCAT.

He leído y comprendo la política financiera del proveedor y acepto acatar sus términos.

Asimismo, comprendo y acepto que el proveedor podrá modificar estos términos de vez en cuando.

Firma del paciente (o garante, si corresponde)

Fecha