POLÍTICA FINANCIERA

Healthcare Associates of Texas y sus afiliados reconocen la necesidad de que exista un entendimiento claro entre nuestros pacientes y sus proveedores de atención médica con respecto a la información de salud protegida y las políticas financieras relacionadas con la prestación de servicios de atención médica. La siguiente información se proporciona para evitar cualquier malentendido en relación con la información de salud protegida y el pago de servicios profesionales.

1. PAGO. El pago debe efectuarse en el momento de la visita. Si aún no ha cubierto el deducible o es responsable de un porcentaje del deducible, el pago se espera en el momento del servicio. **Aunque se presentará la reclamación al seguro médico, usted es responsable de cualquier saldo después de que el seguro procese su reclamo.** Todos los cargos por tratamiento vencen y deben pagarse sesenta (60) días después de la fecha del servicio. Estos períodos permiten suficiente tiempo para procesar el seguro y hacer el pago total de cualquier saldo restante. Se cobrará un cargo de $25 por cheques devueltos (sin fondos). Si no se paga en un plazo de 60 días, Healthcare Associates of Texas iniciará diversas actividades de cobranza que incluyen, entre otras, la presentación de la cuenta vencida a una agencia de cobranza.

2. PAGO POR CUENTA PROPIA (PRIVADO, PAGO EN EFECTIVO) Si no tiene cobertura de seguro, le pedimos que coordine su atención con nuestra oficina administrativa antes de su visita. Requerimos un pago por adelantado por los servicios profesionales.

3. Atención médica administrada: **Todas las cantidades de copago de atención médica administrada (HMO, PPO, etc.) deben pagarse en el momento de recibir el servicio.** Si su plan de seguro requiere una autorización de remisión de un médico de atención primaria, por favor presente esta en su visita inicial. Si usted solicita una visita al consultorio o una cirugía sin una autorización de remisión, su plan de seguro podría considerar esto como un **tratamiento fuera de la red o no cubierto**, y usted será responsable del pago de una cantidad mayor o de todos los cargos. El paciente reconoce que es su responsabilidad conocer qué servicios están cubiertos y acepta pagar cualquier servicio que se considere no cubierto o no autorizado por el plan.

4. MEDICARE: Los proveedores de Healthcare Associates of Texas son proveedores participantes del programa de Medicare y aceptan como pago el deducible permitido por Medicare, el deducible del paciente y/o el coaseguro del 20%. Si usted tiene un seguro suplementario (Medigap) para cubrir la parte de los cargos que Medicare no paga, por favor denos una copia de su tarjeta de seguro y los formularios que la compañía de seguros requiera. Medicare o las compañías de seguros secundarios no cubren algunos procedimientos y suministros. Asegúrese de comprender qué aspectos de su tratamiento están cubiertos antes de continuar. En este raro caso, es posible que se le pida que firme un formulario de renuncia, en el que se declare que usted entiende que será responsable de estos cargos.

5. PACIENTES VÍCTIMAS DE ACCIDENTES AUTOMOVILÍSTICOS: No tratamos a pacientes víctimas de accidentes automovilísticos. Sin embargo, no podemos monitorear las cuentas a largo plazo y exigir el pago como paciente que paga por sí mismo. No aceptaremos una carta de protección de un abogado como garantía de pago o pagos del seguro de terceros.

6. SEGURO SECUNDARIO: El Departamento de Seguros de Texas exige que el paciente proporcione una cobertura de seguro secundaria al proveedor, si procede. El paciente acepta proporcionar dicha información. El paciente se compromete a notificar al proveedor de cualquier adición, cambio o eliminación futura de la cobertura del seguro primario o secundario.

7. DESCUENTOS POR PAGO PUNTUAL: Healthcare Associates of Texas ofrece un descuento por pago puntual a los pacientes que no tienen seguro y que pagan en su totalidad en el momento del servicio o antes. Los descuentos por pago puntual no pueden aplicarse a los copagos ni a los deducibles. Los pacientes que paguen en el momento de la visita deben ser conscientes de que los cargos adicionales relacionados con la visita pueden facturarse posteriormente.

Le ofrecemos la oportunidad de establecer un plan de pago razonable si no puede pagar la totalidad al momento de recibir el servicio. Si tiene un saldo pendiente, esperamos que haga arreglos de pago antes de su próxima cita programada. La falta de pago puede resultar en ser dado de baja del consultorio.

8. PRINCIPIOS DE CONTABILIDAD: Los pagos de los pacientes y los créditos por saldos existentes se aplican primero a los cargos más antiguos del avalista (garante).

9. TARIFA DE FORMULARIOS: Completar formularios como los de cuidados a largo plazo, seguro de vida y la Ley de Baja Médica Familiar (FMLA) ("Formularios administrativos") requiere un tiempo considerable del personal de la oficina y tiempo que nuestros médicos dejan de dedicar a la atención de los pacientes. El proveedor cobra una tarifa de tramitación de $25 por formulario y una tarifa por completarlo de $5 por página (máximo $50 por formulario) para los Formularios Administrativos. El pago debe efectuarse al momento de la solicitud. El proveedor no cobrará una tarifa adicional por los formularios asociados a un examen especial, como los escolares, de campamentos, de participación en deportes y de determinación de discapacidad.

10. COPIA DE HISTORIALES MÉDICOS: El proveedor no cobrará por transferir los historiales médicos directamente al consultorio de otro médico. El proveedor cobra $25 por las primeras veinte (20) páginas y $0.50 por página más de veinte por las solicitudes de copia y entrega de historiales médicos para usted en papel. El proveedor dispondrá de 15 días hábiles para copiar los expedientes antes de ponerlos a disposición del paciente para que los recoja. Estos 15 días hábiles comenzarán después de que se haya recibido el pago por la copia y después de que el paciente haya firmado un formulario de Autorización de divulgación de expediente médico. Por una copia electrónica de su expediente médico, el proveedor cobrará $25.00 por las primeras 500 páginas.

11. OFICINA DE FACTURACIÓN: Si tiene preguntas sobre sus facturas, nuestro personal de cuentas por cobrar está a su disposición para ayudarle. **Llame al 972-594-1524 si tiene dudas sobre la facturación.**

12. CANCELACIÓN O PÉRDIDA DE CITAS: La repetición de inasistencias o cancelaciones en un plazo de 24 horas podría resultar en ser dado de baja de la clínica.

13. RESPONSABILIDAD DE PAGO: Entiendo que soy económicamente responsable ante el Proveedor médico de los cargos no cubiertos por la asignación de beneficios del seguro. **Si no mantiene al día el saldo de su cuenta, podemos vernos obligados a cancelar o cambiar la fecha de su cita.**

14. ASIGNACIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO: Autorizo al **Proveedor médico** a entregar reclamaciones de mi parte directamente a Medicare/Medicaid/mi compañía de seguro médico privado. El **Proveedor médico** cobrará el pago de los suministros y servicios prestados. Entiendo que soy económicamente responsable ante los proveedores médicos de los cargos que no se hayan pagado o pagaderos.

15. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Autorizo y le indico al **Proveedor médico** que facilite a los organismos gubernamentales, compañías de seguros u otras entidades que sean económicamente responsables de dicha atención profesional y médica, toda la información necesaria para justificar las reclamaciones y el pago.

16. TARIFAS DE RECAUDACIÓN: Entiendo que si mi cuenta llega al estado de cobranza (collection), cualquier cargo adicional incurrido debido a esto, se añadirá a mi saldo pendiente, incluyendo, pero no limitado a cargos por retraso, honorarios de la agencia de cobros, gastos judiciales, intereses y multas. Entiendo que yo tendré la responsabilidad de pagar estos cargos adicionales en su totalidad.

17. HIJOS DE PADRES SEPARADOS O DIVORCIADOS: La responsabilidad del pago del tratamiento de los hijos menores de edad de padres divorciados recae en el padre que busca el tratamiento. Cualquier juicio de responsabilidad ordenado por la corte debe ser determinado entre los individuos involucrados, sin incluir a Healthcare Associates of Texas.

18. CONSENTIMIENTO A TRATAMIENTOS: Doy mi consentimiento para el tratamiento que se considere necesario por los proveedores y empleados de Healthcare Associates of Texas.

He leído y entiendo la política financiera del Proveedor, y estoy de acuerdo en aceptar sus condiciones.

También entiendo y acepto que el proveedor puede modificar estos términos de vez en cuando.

_____ _____

Firma del paciente (o del avalista, si procede) **Fecha**