

Por favor lea todo lo siguiente, inicie en los lugares indicados y firme al final de la página.

- _____ (Inicial) Copagos y deducibles de su seguro médico **deberían de pagarse antes de la consulta. Si usted no puede pagar su cuota o su deducible, es posible que su cita sea cambiada a otro día.** Dado que los médicos de Urology Austin son de categoría ‘especialista’ su tarifa podría ser más alta (consulte los beneficios de su plan de seguro medico).
- _____ (Inicial) Los procedimientos quirúrgicos, Tomografías Computarizadas (CT o ‘CAT Scan’), se aplican por lo general a algún deducible, copagos, o gastos en efectivo. **Todas las tarifas se cobran antes de los procedimientos, al menos que haya arreglos de pago ya establecidos. Es normal ver cobros adicionales del radiólogo. Ponga cuidadosa atención a los documentos que proveen antes y después de su procedimiento.**
- _____ (Inicial) En algún caso que usted tenga un crédito en su cuenta, se proporcionara un reembolso solamente después de que todos los cargos pendientes hacia su seguro se hallan cobrado y se refleja en su cuenta.
- _____ (Inicial) Servicios de medico realizado en la oficina, el hospital, centro de cirugía, estarán pre-recogido por adelantado anterior antes de procedimiento realizar, esto incluye CT exploraciones, urodinamia, biopsia, y laboratorio. Esto NO es lista completo. Reconozco otras pruebas podría ser posible.
- _____ (Inicial) La mayoría de los seguros médicos cubren servicios auxiliares (laboratorios, radiografías, CT scans, etc.) bajo la sección de beneficios alternativos como la cantidad aumentada de su deducible o cuotas. Estos gastos en efectivo adicionales no guardan ninguna relación con nuestros contratos/participación con su compañía de seguro sino que son asuntos correspondientes a los beneficios estipulados de su plan. **Urology Austin esta obligado a seguir las normas y estipulaciones expuestas por su seguro y por lo tanto no puede alterar la cantidad que se debe cobrar.**
- _____ (Inicial) Es la responsabilidad de cada paciente conocer bien donde requiere su compañía de seguro que usted obtenga exámenes de laboratorio, radiografías, u otros servicios similares. Por favor déjenos saber si éste es su caso para ordenar estos servicios ala compañía indicada.
- _____ (Inicial) Es la responsabilidad de cada paciente obtener una nota de remisión de acuerdo con su seguro medico y su doctor particular/familiar. **En el caso que el seguro medico requiera una nota de remisión de su doctor particular antes de su consulta con nosotros, se le pedirá que cambie su cita a otro día.**
- _____ (Inicial) Muchas veces, los servicios de laboratorio no se pueden cobrar hasta el día en que se procesan y es posible que note una fecha diferente en su estado de cuenta (sea de nosotros o su seguro medico) en cuanto el día en que se presento usted a la oficina para el laboratorio y la fecha en que se proceso. Si tiene alguna pregunta por favor aborde a un asociado.
- _____ (Inicial) **Si Urology Austin no participa con su seguro médico, usted será considerado un paciente que paga al contado.** Las condiciones para dichos pacientes, se encuentran en el siguiente párrafo. Como cortesía, Urology Austin puede suplirle la información necesaria para que usted entregue un reclamo hacia su seguro medico.
- _____ (Inicial) Si necesita llenarse formas de FMLA, compensación de trabajadores, o cualquier otra formas, habrá un cargo de \$35.00. La tarifa se cobrará al recoger los formularios completados.
- _____ (Inicial) Si usted 1) no tiene seguro médico 2) elije no utilizar su seguro medico o 3) esta procurando recibir servicios o tratamientos no cubiertos en su plan de seguro, se considera un paciente que paga al contado. **Antes de obtener su consulta con el médico,** le pediremos un depósito (\$250.00 para pacientes nuevos y \$150.00 para pacientes establecidos). Cuando termine su consulta, le pediremos que pague alguna diferencia. Aplicaremos un descuento de 30% hacia el total.

Urology Austin acepta tarjetas de Master Card, Visa, American Express, y Discover Card , dinero en efectivo y cheques. Una cuota de \$40 se aplica a todos los cheques sin fondos. Se pudieran añadir cuotas adicionales a algunos arreglos de pagos o hacia deudas que han entrado en colecciones.

Firmando esta notificación de Póliza Financiera, usted reconoce que usted ha leído, entendido y aceptado los términos y pólizas del texto. (Obligaciones financieras puede aplicarse a servicios especiales. Se le dará más información mientras vallan aplicando a su tratamiento).

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre de la persona que tiene la responsabilidad financiera (si es diferente al paciente): _____