



## PÓLIZA FINANCIERA

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

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 haiga 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) A excepción de lo escrito previamente, pagos de costos compartidos (como deducibles y seguros secundarios) el reclamo se enviara al seguro medico y después se le mandara un estado de cuentas con la porción que le corresponde a usted pagar.

\_\_\_\_\_  
(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) 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, ú 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 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): \_\_\_\_\_