

LA CLINICA DE LOS PIES

Authorization Statements

Declaraciones de Autorización



PATIENT FINANCIAL POLICY

POLÍTICA FINANCIERA DEL PACIENTE

Thank you for choosing us as your health care provider. We are committed to the successful treatment of your condition. Please understand that payment of your bill is considered part of your treatment and understanding of our financial policies is an essential element of your care. If you have any questions, please discuss them with our office staff or supervisor.

Muchas gracias por elegirnos como su proveedor de atención sanitaria. Estamos muy comprometidos con el éxito del tratamiento de su enfermedad. Por favor, comprenda que el pago de su factura se considera parte de su tratamiento y por tanto comprender nuestras políticas financieras es un elemento importante de su atención. Si tiene alguna duda, coméntesela a nuestro personal de oficina o a su supervisor.

We are happy to bill your insurance directly; however, we must have a copy of your ID and insurance card. We do bill insurance plans as a courtesy, but it is not a guarantee of payment.

Estaremos muy encantados de facturar directamente a su seguro; sin embargo, debemos tener una copia de su documento de identidad y de su tarjeta de seguro. Facturamos a los planes de seguro como cortesía, pero no es una garantía de pago.

REGARDING HMO'S, PPO'S and MANAGED CARE PROGRAMS: We are members of most, but not all plans. You are responsible for verifying that we are providers for your plan. Certain plans have different tiers of coverage, including different co-pay and deductible structures, as well as covered services. Please familiarize yourself with the type of plan you have.

EN RELACIÓN CON LAS HMO, las PPO y los PROGRAMAS DE ATENCIÓN ADMINISTRADA: Estamos afiliados a la mayoría de los planes, pero no a todos. Usted tiene la responsabilidad de verificar que somos proveedores de su plan. Algunos planes tienen distintos niveles de cobertura, con distintas estructuras de copagos y franquicias, así como de servicios cubiertos. Familiarícese con el tipo de plan que tiene.

PPO patients will only be responsible for their deductible, co-payments, and co-insurance, as long as they have verified with their insurance that our physician is in their plan and there is no need for prior authorization or a referral from the patient's primary care physician.

Los pacientes PPO sólo serán responsables de su deducible, copagos y coaseguro, siempre y cuando hayan verificado con su seguro que nuestro médico está en su plan y no hay la necesidad de autorización previa o una remisión del médico de atención primaria del paciente.

We do not participate in some of these programs, so please check with your insurance company to see if we are providers for your particular plan. It is your responsibility to obtain all referral forms required by your insurance company. Please be aware that if you are seen by our doctors under an out of network insurance plan, you assume liability for the difference in coverage benefits.

No participamos en algunos de estos programas, así que por favor consulte con su compañía de seguros para ver si somos proveedores de su plan. Es su responsabilidad obtener todos los formularios de remisión exigidos por su compañía de seguros. Por favor, tenga en cuenta que si es visto por nuestros médicos bajo un plan de seguro fuera de la red, usted asume la responsabilidad por la diferencia en los beneficios de cobertura.

If you have insurance coverage with a plan with which we are not a part of, we will prepare and send the claim on your behalf on an unassigned basis. This means your insurer will send the payment directly to you. Therefore, all charges for your care and treatment are due at the time of service.

Si tiene cobertura de seguro con un plan del que no formamos parte, prepararemos y enviaremos la reclamación en su nombre de forma no asignada. Esto significa que su aseguradora le enviará el pago directamente a usted. Por lo tanto, todos los cargos por su atención y tratamiento deberán abonarse en el momento del servicio.

LA CLINICA DE LOS PIES

Authorization Statements

Declaraciones de Autorización



PATIENT FINANCIAL POLICY (CONTINUED)

POLÍTICA FINANCIERA DEL PACIENTE (CONTINUACIÓN)

REGARDING PATIENTS WITH NO INSURANCE: Payment is due at the time of service.

EN RELACIÓN CON LOS PACIENTES SIN SEGURO: El pago deberá efectuarse en el momento del servicio.

REGARDING PATIENTS WITH MEDICARE: As a Medicare patient, you are responsible only for the annual deductible if you have supplemental insurance. We will advise you of any non-covered charges prior to the service being provided. It is your financial responsibility to cover these services that fall outside of Medicare guidelines.

CON RESPECTO A LOS PACIENTES CON MEDICARE: Como paciente de Medicare, sólo tendrá que pagar la franquicia anual si tiene un seguro complementario. Le informaremos de cualquier gasto no cubierto antes de prestarle el servicio. Es su responsabilidad financiera cubrir estos servicios que quedan fuera de las directrices de Medicare.

PAYMENTS: Payments are due at the time services are rendered, including deductibles, co-payments, and previous balances. If you are unable to pay, you will be required to reschedule your appointment.

PAGOS: Los pagos deberán efectuarse en el momento en que se prestan los servicios, incluidas las franquicias, los copagos y los saldos anteriores. Si no puede pagar, se le pedirá que cambie la cita.

MINOR PATIENTS: Patients under the age of 18 must have a parent and/or guardian accompany them to our office before treatment can be rendered. Arrangements must be made prior to being seen with the parent and/or guardian for any copays and payments to be made at the time of treatment.

PACIENTES MENORES: Los pacientes menores de 18 años deberán ir acompañados de uno de sus padres y/o un tutor a nuestra consulta antes de poder recibir tratamiento. Se deberán hacer arreglos antes de ser visto con el padre y/o tutor para cualquier copago y los pagos que se harán en el momento del tratamiento.

WRITTEN OR VERBAL AUTHORIZATIONS FROM INSURANCE PLANS ARE NOT A GUARANTEE OF PAYMENT: We often check benefits on your behalf. All claims are reviewed by the insurance carriers after services are rendered and authorizations can be denied at the time of review. Sometimes we are unable to know the details of your specific plan, as all health plans are not the same and coverage varies. The coverage you have is between you and your insurance carrier. We serve as the middleman. Should a claim be denied, it becomes the patient's responsibility. We encourage you to contact your plan for clarification of benefits prior to services being rendered.

LAS AUTORIZACIONES ESCRITAS O VERBALES DE LOS PLANES DE SEGUROS NO SON GARANTÍA DE PAGO: A menudo comprobamos las prestaciones en su nombre. Todas las reclamaciones son revisadas por las compañías de seguros después de la prestar los servicios y las autorizaciones pueden ser denegadas en el momento de la revisión. A veces no podemos conocer los detalles de su plan específico, ya que no todos los planes de salud son iguales y la cobertura varía. La cobertura que usted tiene es entre usted y su compañía de seguros. Nosotros participamos como intermediarios. En caso de que se deniegue una reclamación, ésta pasa a ser responsabilidad del paciente. Le animamos a que se ponga en contacto con su plan para aclarar las prestaciones antes de que se presten los servicios.

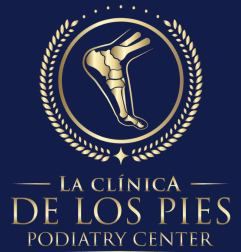
Your insurance policy is a contract between you and your insurance company. As a courtesy, we will file your insurance claim for you if you assign the benefits to the doctor. If your insurance company does not pay the practice within a reasonable period, we will have to look to you for payment. We have made prior arrangements with certain insurers and other health plans to accept an assignment of benefits. We will bill those plans with which we have an agreement and will only require you to pay the copay/coinsurance/deductible at the time of service.

Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Como cortesía, presentaremos su reclamación al seguro por usted si asigna las prestaciones al médico. Si su compañía de seguros no paga a la consulta en un plazo razonable, tendremos que recurrir a usted para que nos pague. Hemos llegado a acuerdos previos con determinadas aseguradoras y otros planes de salud para aceptar una cesión de prestaciones. Facturaremos a aquellos planes con los que tengamos un acuerdo y sólo le pediremos que pague el copago/coseguro/deducible en el momento del servicio.

LA CLINICA DE LOS PIES

Authorization Statements

Declaraciones de Autorización



PATIENT FINANCIAL POLICY (CONTINUED)

POLÍTICA FINANCIERA DEL PACIENTE (CONTINUACIÓN)

All non-paid services/denials by your insurance carrier will be your responsibility to be paid in full. All charges for your care and treatment are due at the time of service. All health plans are not the same and do not cover the same services. In the event your health plan determines a service to be "not covered," or you do not have an authorization, you will be responsible for the complete charge. We will attempt to verify the benefits for some specialized services or referrals; however, you remain responsible for charges to any service rendered.

Todos los servicios no pagados/denegados por su compañía de seguros serán su responsabilidad de ser pagados en su totalidad. Todos los cargos por su atención y tratamiento deberán abonarse en el momento del servicio. No todos los planes de salud son iguales y no cubren los mismos servicios. En caso de que su plan de salud determine que un servicio "no está cubierto" o de que no disponga de autorización, deberá hacerse cargo de la totalidad de los gastos. Intentaremos verificar los beneficios de algunos servicios especializados o derivaciones; sin embargo, sigue siendo responsable de los cargos de cualquier servicio prestado.

You must inform the office of all insurance changes and authorization/referral requirements. In the event the office is not informed, you will be responsible for any charges denied.

Deberá informar a la oficina de todos los cambios de seguro y de los requisitos de autorización/remisión. En caso de que no se informe a la oficina, usted será responsable de los cargos denegados.

Past due accounts are subject to collection proceedings. All costs incurred including, but not limited to collection fees, attorney fees and court fees shall be your responsibility in addition to the balance due to this office. If the account is sent to collections an additional 35% of the outstanding balance will be added to the account. There is a service fee of \$50.00 for all returned checks. In addition, all unpaid balances 91 days past due will incur interest of 10% per month which will be applied from day 31 from the date of service until the balance is paid in full. Your insurance company does not cover this fee. Dr. Abdelmalak or associates may charge a \$25.00 fee for failure to cancel your appointment within 24 hours of your scheduled appointment time. Financial policy is subject to change without notice.

Las cuentas vencidas están sujetas a procedimientos de cobro. Todos los costos incurridos, incluidos, entre otros, los gastos de cobro, los honorarios de abogados y las tasas judiciales, correrán a su cargo, además del saldo adeudado a esta oficina. Si la cuenta se envía a cobro, se añadirá a la cuenta un 35% adicional del saldo pendiente. Todos los cheques devueltos están sujetos a una tasa de servicio de \$50.00. Además, todos los saldos impagados con 91 días de retraso devengarán un interés del 10% mensual que se aplicará desde el día 31 a partir de la fecha de prestación del servicio hasta el pago íntegro del saldo. Su compañía de seguros no cubre este cargo. Dr. Abdelmalak o sus asociados podrán cobrar una tarifa de \$25.00 por no cancelar su cita en un plazo de 24 horas antes de la hora programada. La política financiera está sujeta a cambios sin previo aviso.

There may come a time when you require additional medical and/or insurance forms to be completed by our office. They may include, but are not limited to, Disability Forms, Workers' Compensation Forms, Attending Physician Statement, Leave of Absence forms, etc. This will not apply to most patients. However, in order to accommodate these requests, it will necessitate reviewing the chart, staff time and office resources. Therefore, filling out the above-mentioned forms and NOT for completing the enclosed paperwork you received as a new patient to our facility.

Puede llegar un momento en el que necesite rellenar formularios médicos y/o de seguro adicionales en nuestra oficina. Pueden incluir, entre otros, formularios de incapacidad, formularios de indemnización laboral, declaración del médico que le atiende, formularios de baja laboral, etc. Esto no se aplicará a la mayoría de los pacientes. Sin embargo, para poder atender estas peticiones, será necesario revisar el organigrama, el tiempo del personal y los recursos de la oficina. Por lo tanto, se aplicará una tarifa razonable por dichos servicios. Los formularios no se completarán hasta que se reciba este cargo. Esto sólo se aplicaría para completar y rellenar los formularios antes mencionados y NO para completar el papeleo adjunto que recibió como nuevo paciente en nuestras instalaciones.

All supplies and products dispensed which are not billable to insurance (e.g., post op shoes, crutches, braces, insoles, cast protectors, topical medications, orthotics) must be paid for at the time they are dispensed. We make every effort to notify you of this prior to service being rendered if possible. All supplies are non-refundable. Only unworn and non-custom items are returnable within 3 days of receipt. Custom items are non-returnable.

LA CLINICA DE LOS PIES

Authorization Statements

Declaraciones de Autorización



PATIENT FINANCIAL POLICY (CONTINUED)

POLÍTICA FINANCIERA DEL PACIENTE (CONTINUACIÓN)

Todos los suministros y productos dispensados que no sean facturables al seguro (ej, zapatos postoperatorios, muletas, aparatos ortopédicos, plantillas, protectores de yeso, medicamentos tópicos, aparatos ortopédicos) deberán pagarse contra entrega. De ser posible, haremos todo lo posible por notificárselo antes de que se preste el servicio. Todos los suministros no son reembolsables. Sólo se admiten devoluciones de artículos no usados y no personalizados en un plazo de 3 días a partir de la fecha de recepción. No se pueden devolver artículos personalizados.

If for any reason you are more than 15 minutes late, we may have to reschedule your appointment.

Si por cualquier motivo llega más de 15 minutos tarde, puede que tengamos que reprogramar su cita.

I acknowledge that I have read the financial policies listed above, agree with, and understand my responsibilities as a patient. I also understand that if I fail to pay charges, I imply discontinuation of podiatry services.

Reconozco que he leído las políticas financieras enumeradas anteriormente, estoy de acuerdo con ellas y comprendo mis responsabilidades como paciente. También entiendo que si no pago los cargos, implica la interrupción de los servicios de podología.

TREATMENT AGREEMENT

ACUERDO DE TRATAMIENTO

I hereby consent to and authorize the administration of all emergency, diagnostic and therapeutic treatment for me and/or my minor child that may be necessary in the judgment of Dr. Abdelmalak or associates. I hereby authorize Dr. Abdelmalak or associates any laboratories used by Dr. Abdelmalak or associates for me, to furnish information (regardless of sensitivity) to insurance carriers and I authorize and instruct these same insurance carriers to make payments directly to Dr. Abdelmalak or associates for the medical expenses' benefits.

Por la presente consiento y autorizo la administración de todo tratamiento de urgencia, diagnóstico y terapéutico para mí y/o mi hijo menor de edad que pueda ser necesario a juicio del Dr. Abdelmalak o asociados. Por la presente autorizo al Dr. Abdelmalak o asociados cualquier laboratorio utilizado por el Dr. Abdelmalak o asociados por mí, a facilitar información (independientemente de su sensibilidad) a las compañías de seguros y autorizo e instruyo.

AUTHORIZATION OF PAYMENT

AUTORIZACIÓN DE PAGO

By my signature below, I acknowledge that I have read (or had the opportunity to read if I so chose) and was provided or can request a copy of the HIPAA Notice of Privacy and give my permission to use and disclose my health information.

Por medio de mi firma a continuación, reconozco que he leído (o he tenido la oportunidad de leer, si así lo deseo) y que se me ha proporcionado o podré solicitar una copia del Aviso de Privacidad de la HIPAA y doy mi permiso para utilizar y divulgar mi información médica.

Patient or Guardian Signature: (Firma del Paciente o Tutor Legal)

Date: (Fecha)

Patient Name (please print): (Nombre del Paciente [en letra de imprenta])

Patient's Guardian (if applicable, print): (Nombre del Tutor del Paciente [si aplica, en letra de imprenta])