



Política Financiera

Gracias por elegir Comprehensive ENT Center of Texas como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención médica posible. La información que sigue explica nuestra política financiera, le pedimos que lea, firme y nos devuelva este formulario antes de su tratamiento. Todos los pacientes deben proporcionar información personal y de seguro precisa y completa antes de ser atendidos por el médico.

• **TODOS los pacientes DEBEN tener una tarjeta de crédito registrada para todos los copagos, coseguros, deducibles y saldos personales aplicables (tanto actuales como anteriores) que vencen en el momento del servicio.**

- Su seguro será facturado como siempre ha sido y recibirá una carta de Explicación de Beneficios que explicará su visita a la oficina. Se le otorgará un período de gracia de 1 semana para revisar su carta de Explicación de beneficios y actuar en consecuencia.
- Si decide no pagar su saldo con la tarjeta de crédito registrada, comuníquese amablemente con la oficina al recibir su carta de Explicación de beneficios y simplemente informe a la oficina que desea utilizar una forma de pago diferente (efectivo, cheque u otra forma de pago). tarjeta de crédito).

Para su comodidad, hemos respondido a una variedad de preguntas frecuentes sobre políticas financieras a continuación. Si necesita más información sobre cualquiera de estas políticas, solicite hablar con el administrador de la práctica.

Formas de pago aceptadas	Aceptamos pagos en efectivo, cheque, Care Credit, VISA, MasterCard y American Express para su comodidad.
Copagos, Coseguro y Deducibles.	Se espera el pago de la porción del paciente (según su compañía de seguros) en el momento del servicio. Si no puede realizar el pago en la fecha de su cita, podemos reprogramarla por usted.
Cheques devueltos	Para cualquier cheque que nos devuelva su banco sin pagar, le cobraremos un cheque devuelto cuota de \$35.00
Cuentas vencidas	Cualquier cobro o tarifa legal que paguemos para cobrar saldos vencidos se agregará a su cuenta. Estas tarifas no están cubiertas por el seguro y serán responsabilidad del paciente. Informaremos los saldos impagos a los tres oficinas
Citas perdidas	Para evitar programar una cita que podría haber sido utilizada por otro paciente, nuestra política es cobrar \$150.00 por las citas perdidas, a menos que se cancelen con al menos 24 horas de anticipación. Nuestra oficina intentará comunicarse con usted para recordarle su cita programada. Las citas quirúrgicas deben cancelarse al menos una (1) semana antes de la fecha de la cirugía para evitar la multa. Este cargo no está cubierto por el seguro y será su responsabilidad personal.

Tarifa para completar formularios/ Solicitud de registro médico	Habrá una tarifa de \$45.00 para que el médico llene cualquier formulario especial. Por ejemplo, FMLA, discapacidad, regreso al trabajo y declaración del médico tratante formularios. Hay una tarifa de \$30 para solicitar una copia de sus registros médicos.
Citas para niños	Un padre o tutor legal debe acompañar a los pacientes menores de edad en la primera visita del paciente. Este adulto acompañante es responsable del pago de la cuenta, de acuerdo con nuestras políticas financieras.
Pruebas de laboratorio y diagnóstico	Es posible que se apliquen a su deducible pruebas de diagnóstico como sonda nasal o faríngea, exámenes de audición y tomografías computarizadas. Si su médico ordena patología o análisis de sangre. mientras que en el Centro Integral de Otorrinolaringología de Texas el laboratorio le facturará directamente por sus servicios.

Cirugía/Procedimiento	Para cualquier cirugía/procedimiento, debe dar un aviso de 10 días hábiles si necesita cancelar o reprogramar. Habrá una tarifa de cancelación de \$ 500 si no se hace en este periodo de tiempo.
-----------------------	---

He leído, comprendo y acepto la Política financiera anterior. Entiendo que los cargos no cubiertos por mi compa a de seguros, así como los copagos, coseguros y deducibles aplicables, son mi responsabilidad. Tiene autorización para cargar en mi tarjeta de crédito cualquier saldo personal actual o vencido al recibir mi permiso verbal o escrito. I authorize my insurance benefits to be paid directly to The Comprehensive ENT Center of Texas.

Autorizo a Comprehensive ENT Center of Texas a divulgar la información médica pertinente a mi compa a de seguros cuando así lo solicite, o para facilitar el pago de una reclamación.

Signature of Patient or Legal Guardian: _____

Nombre impreso: _____ Fecha: _____