

## POLÍTICA FINANCIERA

Nos dedicamos a proveer la mejor atención y servicio posibles a nuestros pacientes, a la vez que tratamos de evitar el aumento de los costos a niveles excesivos.

Solicitamos su ayuda a través del entendimiento de nuestra **POLÍTICA FINANCIERA** y de su cooperación.

***Es importante que usted entienda que la cobertura del seguro de salud es un acuerdo entre usted y su compañía de seguros.***

Y

***La factura del médico por los servicios provistos es un acuerdo entre usted y su médico.***

**SU RESPONSABILIDAD:** Nuestros médicos participan con varias compañías de seguros. **Usted** tiene la responsabilidad de llamar a su compañía de seguros para verificar que el médico que usted está viendo participa en ese seguro.

Si nosotros no participamos con su compañía de seguros, le enviaremos la factura a su compañía de seguros por cortesía; no obstante, esperamos que sea usted quien pague. Si usted no tiene información válida de su seguro, o nosotros no podemos confirmar su cobertura, consideraremos que “usted está a cargo del pago” y solicitaremos el pago completo.

El paciente será responsable de todos los copagos o pagos por servicios que no cubra el seguro, y nuestro personal los recaudará al momento del servicio.

**OFICINAS DE ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA:** Si se requiere que usted seleccione a un Médico de Cabecera (“PCP”, por sus siglas en inglés), asegúrese de haber escogido a uno de los médicos de la oficina donde usted tiene una cita. Usted se debe comunicar con la compañía de seguros antes de hacer una cita para seleccionar a su médico de cabecera. Si su compañía de seguros requiere una remisión para los servicios de la oficina

de un especialista, por favor, conceda un plazo máximo de cinco (5) días laborables para servicios que no sean de emergencia antes de visitar a ese especialista o a ese centro. Si usted va al especialista sin una remisión médica, usted tendrá que pagar la factura completa.

**OFICINAS DE ESPECIALISTAS Y REMISIONES:** Si su compañía de seguros requiere una remisión/autorización del Médico de Cabecera, asegúrese de haber obtenido una remisión/autorización válida antes de acudir a su cita. Si usted no tiene una remisión/autorización válida, le pueden pedir que re programe su cita. Usted accede a asumir la responsabilidad del pago de su cuenta independientemente del estado de la remisión.

Usted entiende que usted tiene la responsabilidad de conocer los términos de su cobertura de beneficios y de cumplir con ellos, incluyendo, pero no limitándose a asegurar las debidas remisiones para atención médica especializada antes de hacer las citas. Usted también entiende que usted es responsable del pago completo por los servicios provistos si usted no presenta todos los formularios de remisión que se requieren.

### **PAGO POR LOS SERVICIOS REALIZADOS:**

1. Nuestra oficina acepta Visa, MasterCard, Discover y American Express, así como dinero en efectivo, tarjetas de crédito y cheques personales para el pago de los servicios.
2. Cualquier copago que requiera una compañía de seguros se debe pagar al momento de recibir el servicio. Esto es un requisito del seguro; nosotros no podemos enviar una factura por eso.
3. Se espera recibir todos los pagos al momento del servicio. Si su cuenta requiere que una agencia de cobranza interceda, usted asumirá la responsabilidad financiera de todos los costos legales y de cobranza en que incurra nuestra oficina mediante el proceso que se utilice para recaudar el balance pendiente atrasado.

Rev. 01/2016

## **EL CARGO POR DEVOLUCIÓN DE CHEQUE ES \$30**

**CARGOS A LA CUENTA:** En cualquier momento nosotros tendremos el derecho de cancelar su privilegio de hacer cargos a su cuenta. Las siguientes visitas las tendría que pagar entonces al momento del servicio.

**CARGO POR NO ACUDIR A LA CITA:** A los pacientes que no se presenten a tiempo a una cita, que la reprogramen o cancelen con una notificación de menos de 24 horas, se les cobrará un cargo de \$25.00. La compañía de seguros no le reembolsará este cargo.

**CARGO POR PERDER UNA PRUEBA:** A los pacientes que no se presenten a tiempo para una prueba programada en la oficina, o que la reprogramen o cancelen con una notificación de menos de 24 horas, se les cobrará un cargo de \$150.00. La compañía de seguros no le reembolsará este cargo.

**CARGO POR PERDER UN PROCEDIMIENTO:** A los pacientes que no se presenten a tiempo para un procedimiento programado, o que lo reprogramen o cancelen con una notificación de menos de 48 horas, se les cobrará un cargo de \$250.00. La compañía de seguros no le reembolsará este cargo.

**EMISIÓN DE EXPEDIENTES:** Si usted necesita una copia de sus expedientes para uso personal, debe presentar una solicitud y pagar un cargo de \$1.00 por página por copia hasta un máximo de \$100.00.

Las copias de los expedientes, incluyendo el historial de pago, se proveerán sin cargo alguno a otros proveedores de atención médica de conformidad con una autorización válida de HIPAA.\*

**DERECHO DE HACER ENMIENDAS:** Usted entiende y accede a que BHMG puede enmendar los términos de esta Política Financiera en cualquier momento sin notificación previa al paciente.

\*Autorización válida de HIPAA: Por favor, tenga en cuenta que cierta información (por ejemplo, expedientes de VIH, de abuso de alcohol y/o sustancias, de tratamiento de salud mental, información genética, planificación familiar) requiere protección de confidencialidad. Las preguntas relacionadas con la divulgación de esta información se le deben hacer al Oficial de Privacidad.