

YAVAGAL UROGYNECOLOGY: SUJATA YAVAGAL, MD

Gracias por elegir **Yavagal Urogynecology** para su atención médica. Agradecemos que usted nos haya confiado su atención médica y estamos comprometidos a proporcionarle la mejor atención al paciente posible.

Debido a que las opciones de cobertura y beneficios de la salud se han vuelto cada vez más complejas, hemos desarrollado esta política financiera para ayudarle a comprender mejor sus responsabilidades como paciente. Su póliza de seguro de salud es un contrato entre usted y su compañía de seguro de salud. Tenga en cuenta que es su responsabilidad saber si su seguro tiene reglas o reglamentos específicos, tales como la necesidad de referencias y/o pre-autorizaciones. Usted debe estar informado de cualquier deducible, copagos y/o coaseguro.

Si no está seguro de sus beneficios actuales de pólizas de seguro médico, debe ponerse en contacto con su plan para conocer los detalles sobre sus beneficios, gastos de desembolso y límites de cobertura.

Cobertura de seguro

Por favor, proporcione su tarjeta de seguro actual en el momento de cada visita y notifiquenos de cualquier cambio. Le solicitaremos una copia de su tarjeta de seguro para copiarla y mantenerla archivada para nuestros registros.

Por favor tenga en cuenta y proporcione las referencias o autorizaciones necesarias antes de la cita. Si usted no provee estos antes de que se proporcione el cuidado, usted será responsable del costo del cuidado. En caso de duda, comuníquese directamente con su plan para obtener aclaraciones.

El Dr. Yavagal pertenece a muchos planes de seguro. Antes de su cita, ella está dentro de la red y los servicios están cubiertos bajo su plan. Si su médico está fuera de la red, se le facturará por los costos de la atención.

Cambio de dirección

Por favor, nos aconsejan en cualquier momento hay cualquier cambio a su dirección, teléfono u otra información de contacto.

Co-pagos/co-seguros/deducibles

Se espera que usted pague su co-pago y cualquier monto de co-seguro y/o deducible, si se conoce, en el momento del servicio. También recogeremos todos los saldos pendientes de los pacientes en el momento de su visita. Todos los copagos y saldos vencidos se adeudan en el momento del servicio. Aceptamos efectivo, cheques o tarjetas de crédito.

Le facturaremos su seguro. Una vez que hayan pagado, usted recibirá una factura por el monto restante adeudado. El saldo se vence en un plazo de 30 días a partir de la recepción de la declaración.

Auto-pago

Las cuentas de auto-pago son pacientes sin cobertura de seguro. Es su responsabilidad saber si nuestra oficina participa con su plan. Los pacientes con auto-pago deben pagar la cantidad estimada adeudada en el momento del servicio.

Servicios no cubiertos

Pacientes de Medicare. Medicare puede no cubrir algunos servicios que su médico le recomiende. Se le informará con antelación y se le dará un aviso de beneficiario anticipado (ABN) para leer y firmar. El ABN le ayudará a decidir si desea recibir servicios, sabiendo que usted es responsable del pago. Debes leer el ABN cuidadosamente.

Pacientes que no son de Medicare. Cualquier servicio que no esté cubierto por su plan es su responsabilidad y debe ser pagado en su totalidad en el momento del servicio. Si no puede pagar por completo, por favor hable con nosotros para concertar acuerdos de pago aceptables.

Honorarios no médicos

Los honorarios adicionales pueden aplicarse a los siguientes:

Cheques devueltos – habrá una tasa de \$25 evaluada en cheques devueltos.

Citas perdidas – requerimos un aviso de cancelación de la cita de 48 horas. Las citas perdidas que no se cancelen previamente se cobrarán una cuota de \$50.

Consentimiento del tratamiento

Yo, el abajo firmante, autoriza al médico asignado, según lo estipulado por la ley, para proporcionar el tratamiento médico o quirúrgico al paciente, como él/ella considera necesario y apropiado en el tratamiento del paciente con el fin de tratar su condición médica.

Asignación de beneficios y responsabilidad de pago

Por la presente asigno todos los beneficios médicos y quirúrgicos a los que tengo derecho. También he leído y entiendo la política financiera y estoy de acuerdo en estar obligado por sus términos. También entiendo y estoy de acuerdo en que estos términos pueden ser enmendados por la práctica de vez en cuando.

Certifico que entiendo perfectamente la naturaleza de la política financiera y de cancelación. Estoy de acuerdo si él/ella firma como padre, cónyuge, garante, guardián o paciente, que en la consideración de los servicios que se prestarán al paciente, él/ella por este medio se obliga individualmente a pagar la cuenta. En caso de que la cuenta sea remitida a un abogado para la recolección, yo autorizo al abogado a obtener mi reporte de crédito y el abajo firmante pagará honorarios razonables de abogado y gastos de cobro.

Fecha: _____ / _____ / _____ **Imprimir Nombre del Paciente:** _____

Firma del Paciente (o parte responsable): _____