



**Seguro/Prueba de Seguro.** Participamos en casi todos los planes de seguro, incluyendo Medicare y Medicaid. Si usted no esta asegurado por algunos de los planes que aceptamos esperamos el pago completo por cada visita. Por favor comuníquese con su compañía de seguro con preguntas que usted pueda tener acerca de su cobertura medica. Saber sus beneficios medicos es su responsabilidad. Todos los pacientes deben mostrar su tarjeta de seguro y una identificación con foto cuando se presenten a su cita.

**Co-pagos y Deductibles.** Todos los co-pagos y deductibles deben ser pagados cuando se presente a su cita. Estos pagos hacen parte de su contrato con su compañía de seguro. La falta de cobrar co-pagos y deductibles de los pacientes se considera fraude. Su cita sera cambiada si estos pagos no se hacen. Se le cobrarán \$15.00 por cargos bancarios por cheques devueltos por su banco. **Se le dara un recibo por cada uno de los pagos que usted haga.**

**Referidos.** Estamos obligados a seguir las regulaciones de su plan de seguro el cual exige que cuando usted visita un especialista como el nuestro, usted TIENE que tener un referido de su doctor primario previamente a la visita con el especialista. Por esta razón, usted es responsable de verificar si usted necesita un referido y de tenerlo con usted a la hora de su cita. Si usted no tiene un referido a la hora de su cita; su cita será cancelada.

**Servicios No Cubiertos.** Le advertimos que probablemente algunos o quizás todos los servicios que usted reciba no sean considerados razonablemente o necesariamente por Medicare u otros seguros.

**Cambios de Cobertura.** Si su seguro cambia, por favor notifiquenos antes de su proxima visita para nosotros hacer los cambios apropiados para ayudarle a recibir el maximo de su beneficios. Si usted no nos provee con la informacion correcta de su seguro o no nos notifica a tiempo los cambios en su seguro, usted podría ser responsable por el balance de una factura.

**Envio de Reclamos o Facturas.** El envio de facturas a su seguro es una cortesía que extendemos a nuestros pacientes. Nosotros enviaremos sus facturas y le asistiremos en toda forma razonable que podamos en ayudarle a que su factura sea paga. Su compañía de seguro podría requerir que usted de cierta informacion directamente a ellos. Es su responsabilidad de proveerles con esa informacion. Le advertimos que el balance o el total de sus facturas es su responsabilidad aunque pague o no pague su compañía por su factura. Sus beneficios de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguro.

**Renovacion de Prescripciones.** Por favor no espere hasta que su prescripcion se vense. Denos **24 horas** de anticipacion para revisar y renovar su peticion. Renovacion de prescripciones seran procesadas solamente de **lunes a viernes** durante horas normales de oficina. Prescripciones de drogas de substancias controladas (narcoticos) deben ser recojidas en la oficina y hasta podría necesitar hacer una cita. Prescripciones no seran autorizadas despues de horas de oficina o fines de semana.

**Cobro a Pacientes.** Usted tendra 45 dias despues de haber recibido nuestro cobro para pagar su parte financiera a la cual es usted responsable (co-pago, deductible) despues de este termino su cuenta sera enviada a coleccion. Por favor dejele saber a nuestra oficina de cobros si usted tiene dificultad en pagar su balance. Aceptamos los siguientes metodos de pago: efectivo, cheque, Visa, Mastercard. Cheques de vueltos por el banco estan sujetos a \$15.00 de pago de servicio. En caso de que su compañía de seguro enviase el pago a usted, el paciente; nosotros esperamos que usted envíe ese pago a nuestra oficina para acreditarlo a su balance.

**Citas.** Le agradecemos el dejarnos servirle con el mejor cuidado posible. Nuestra oficina tiene en cuenta que su tiempo es importante y esperamos que usted comprenda el valor del nuestro. Quisieramos proveer a cada paciente con la atencion requerida, por eso si usted no se presenta a tiempo a su cita que cambiarle su cita para otro dia. Si usted no puede presentarse a su cita, por favor dejenos saber con 24 horas de anticipacion. Si usted falta a 3 citas consecutivas sin ninguna razon, nos veriamos forzados a negarle nuestro servicio porque no podriamos darle un tratamiento apropiado ya que usted ha faltado seguido a sus citas.

**Conducta del Paciente.** En nuestra oficina, tenemos una poliza de **CERO TOLERANCIA**. Esto incluye ademas de otros; abuso verbal y/o abuso fisico, acoso o amenazas a cualquier empleado de nuestra oficina o dano fisico a la propiedad incluyendo entre otros, los muebles, decoraciones, equipo electrico. Con este comportamiento nos veremos obligados a su expulsion inmediata y permanente de nuestra oficina. Su comportamiento sera documentado y si es necesario esto sera conducido a una intervencion legal.

**Por favor tenga en cuenta que el reusar a aceptar y firmar la politica y reglamento de esta oficina nos impide aceptarle como paciente de Northeastern Foot & Ankle.**

Yo he leído y entiendo todo el contexto anterior y estoy de acuerdo de cumplir estas reglas. Una copia le sera entregada a usted tan pronto como usted la solicite.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o parte responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente