

Las Colinas Obstetrics-Gynecology-Infertility Association, P.A.

*Las Colinas Center for Women's Healthcare * Women's Center for Continence * Menopause & Osteoporosis Center*
6750 N. MacArthur, Suite 304 Irving, Texas 75039 Phone: (972) 869-4488 Fax: (972) 869-1220

POLIZA FINANCIAL

PAGOS-LOS PAGOS SE HACEN EL MISMO DIA QUE SE LE PRESTAN LOS SERVICIOS, SI SU SEGURO TIENE UN PORCENTAJE QUE USTED TIENE QUE PAGAR; O SI TIENE UN DEDUCIBLE QUE TIENE QUE CUBRIR, ESTE DEBERA SER PAGADO EL DIA DE SU VISITA. SE ACEPTAN CHEQUES, TARJETAS DE CREDITO, Y EFECTIVO.

iniciales _____

SEGUROS-SI USTED ENTIENDE LOS BENEFICIOS DE SU POLIZA DE SEGUROS, SE EVITARA MUCHOS MALOS ENTENDIDOS; SI TIENE UN DEDUCIBLE, O CUALQUIER OTRO SALDO QUE SU SEGURO NO CUBRE. OTRO DATO MUY IMPORTANTE, QUE LOS DOCTORES ESTEN EN SU PLAN DE SEGUROS.

SI SU COMPANIA DE SEGUROS DECIDE NO PAGAR, O RETRASAR LOS PAGOS POR CUALQUIER RAZON, USTED SERA RESPONSABLE POR LA CUENTA; SI EL PAGO DE LA CUENTA NO SE RECIBE DENTRO DE 60 DIAS, DE SU COMPANIA DE SEGUROS; LA CUENTA SE LE ENVIARA A USTED, LA CUAL DEBERA SER CANCELADA DENTRO DE UNA SEMANA DE LA FECHA RECIBIDA. DESPUES DE ESTE TIEMPO SE LE CARGARAN INTERSES DEL 1.5% AL MES.

EN ESTA OFICINA ESTAMOS DISPUESTOS A AYUDARLE CON CUALQUIER INFORMACION QUE SEA NECESARIA PARA PROCESAR SUS RECLAMOS O REEMBOLSOS DE SU COMPANIA DE SEGUROS. ESTA POLIZA DE LOS PAGOS SE HA ESTABLECIDO; PORQUE DE ESTA MANERA LAS COMPANIAS DE SEGUROS, PROCESAN LOS RECLAMOS MAS RAPIDO Y EFECTIVAMENTE.

Iniciales _____

SEGUROS/COMERCIALES LE TENEMOS QUE INFORMAR QUE NO SE HACEN RECLAMOS POR MENOS DE \$200.00 (ECEPTO QUE SEA MANAGED CHOICE, HMO, ETC.).

Iniciales _____

CUENTAS PENDIENTES ESTAS CUENTAS SERAN ENVIADAS A UNA OFICINA DE COLECCION POR FAVOR HAGANOS SABER SI SU PAGO SE VA RETRASAR.

Iniciales _____

DEVOLUCION DE CHEQUES SE HARA UN CARGO DE \$25.00 POR CADA CHEQUE QUE SEA DEVUELTO POR FALTA DE FONDOS, SI ESTO OCURRE 2 VECES; LOS PAGOS SE ACEPTARAN EN EFECTIVO SOLAMENTE.

Iniciales _____

CIRUGIAS / PROCEDIMIENTOS (COLPOSCOPY, HYSTEROSCOPY, CYSTOSCOPY, LEEP, LASER OF CERVIX). CUANDO SE HAGA UNA CITA PARA CUALQUIERA DE ESTOS CASOS, USTED DEBERA HABLAR CON LA PERSONA ENCARGADA DE LAS CUENTAS ANTES DE SU CITA; Y ELLA LE EXPLICARA LOS CARGOS Y CUANTO USTED TIENE QUE PAGAR.

Iniciales _____

CANCELACION DE CITAS / AUSENTE SE HARA UN CARGO DE \$20.00 SI USTED NO LLAMA CON 24 HORAS DE ANTICIPACION PARA CANCELAR SU CITA, TAMBIEN SE HARA UN CARGO DE \$20.00 SI USTED NO SE PRESENTA A UNA CITA; PORQUE ESE ESPACIO SE LE PUDO HABER DADO A OTRO PACIENTE CON NECESIDAD.

Iniciales _____

LABORATORIOS / RAYOS X'S LOS PACIENTES SON FINANCIAMENTE RESPONSABLES POR CUALQUIER LABORATORIO, RAYOS X'S, ORDENADOS POR EL DOCTOR. SI TIENE PREGUNTAS COMUNIQUESE CON SU COMPANIA DE SEGUROS PARA OBTENER BENEFICIOS.

Iniciales _____

RECETAS SE HARA UN CARGO DE \$10.00 PARA DUPLICAR O REPONER RECETAS QUE YA HAN SIDO ESCRITAS.

Iniciales _____

GRACIAS.

FIRMA DEL PACIENTE _____

COPIA AL PACIENTE POR _____

FECHA _____

John J. Zavaleta, M.D.
Diplomate American Board
of Obstetrics and Gynecology
Board Certified

Cynthia A. Maco-Motta, D.O.
Diplomate American Osteopathic Board,
of Obstetrics and Gynecology
Board Certified

John R. Hanson, M.D.