



ACUERDO DE LAS POLÍTICAS DE PRÁCTICA

Gracias por elegir Advanced Gastroenterology of Texas, PLLC, la oficina de Farbod Masrou, DO, como socio en su atención médica. Estamos dedicados a asegurar que usted reciba un cuidado excelente, mientras que usted es nuestro paciente. Como parte de nuestra relación profesional, es importante que haya una comprensión de las políticas relativas a la práctica.

POR FAVOR LEA ATENTAMENTE CADA SECCIÓN. AL FIRMAR ESTE ACUERDO, ESTÁN INDICANDO QUE USTED ENTIENDE Y ACEPTA LOS TÉRMINOS ENUMERADOS. TODOS LOS PACIENTES DEBEN COMPLETAR ESTA FORMA ANTES DE RECIBIR EL CUIDADO. COMO SIEMPRE NUESTRA OFICINA ESTÁ DISPONIBLE PARA CONTESTAR CUALQUIER PREGUNTA O PREOCUPACIÓN QUE PUEDA TENER.

❖ **ES MI RESPONSABILIDAD EN LA PROVISIÓN DE LA PRÁCTICA CON MI INFORMACIÓN DEL SEGURO ACTUAL.**

- Debemos destacar que, como proveedor de servicios médicos que nuestra relación es **con** usted, el paciente, y no su compañía de seguros. **Usted es responsable de conocer y entender los servicios cubiertos por su plan.**
- Los copagos, deducibles y/o coseguros son debidos en el momento del servicio. La práctica estimará la cantidad adeudada sobre la base de la información que recibimos de su seguro. Todos los montos adicionales debidos después de su seguro procesa su reclamo serán facturados a usted.
- La determinación de su monto adeudado consta de; sus beneficios con su seguro, nuestras obligaciones contractuales, y las tasas usuales y habituales en nuestra área. En el caso de que su seguro determina nuestras tarifas exceden su determinación arbitraria de tarifas usuales y habituales; usted será responsable de la cantidad adicional no cubierto por su seguro.
- Es su responsabilidad de notificar a la práctica de cualquier cambio en su seguro de manera oportuna. Un retraso en la notificación de la práctica puede resultar en la negación de su reclamo; y usted será totalmente responsable de los servicios no cubiertos.
- Su seguro puede requerir referencias o autorización previa antes de que se presten los servicios. Es su responsabilidad de conocer las necesidades de sus beneficios. Cualquiera de los servicios denegados por falta de notificación a su seguro y / o sanciones aplicadas a nuestro reclamo será su responsabilidad.
- Si usted tiene cobertura de Medicaid de cualquier tipo, debe notificarnos antes de su visita. Esta es una parte de su acuerdo con Medicaid. La falta de notificación de la cobertura de Medicaid puede resultar en la falta de pago de Medicaid; y usted será financieramente responsable de todos los servicios prestados.

❖ **ES MI RESPONSABILIDAD EN LA PROVISIÓN DE LA PRÁCTICA DE MI INFORMACIÓN FACTURACIÓN ACTUAL.**

- Usted debe mantener su dirección actual de facturación, números de teléfono, y cualquier información de contacto importante. Usted es responsable de contactarse con nosotros para modificar esta información si hay algún cambio.
- Una declaración será enviada por correo, a la dirección de facturación prevista, notificándose de cualquier saldo que usted puede deber. Si usted tiene alguna pregunta o duda sobre su estado de cuenta, puede llamar a nuestra oficina de facturación al (817) 731-6121. Es su responsabilidad de contactar con ellos dentro de los 30 días a partir de la declaración inicial.
- Si usted no puede pagar el saldo en su totalidad; usted es responsable de hacer los arreglos con nuestra oficina de facturación. Los saldos que quedan sin pagar después de

30 días sin arreglos previos se considerarán vencidos. Cuentas atrasadas pueden ser referidos a una agencia de cobranza profesional y/o abogado para continuar la actividad de recolección. Usted estará sujeto a todos los cargos impuestos por colecciones externas.

- El no mantener su actual equilibrio puede requerir la práctica de reprogramar o cancelar su cita hasta que se reciba el pago.

❖ **ES MI RESPONSABILIDAD REPROGRAMAR O CANCELAR MI CITA DE MANERA OPORTUNA,**

- Las citas se programan para dar cabida a todos nuestros pacientes y sus necesidades. Se requiere un aviso de 24 horas antes si no puede asistir a su cita.
- Entendemos que sucedan eventos impredecibles y solicitar que nos notifique lo antes usted es consciente de su incapacidad para cumplir con su cita. Usted puede o no puede estar sujeto a la cuota de "No Show". La práctica revisará caso por caso.
- Existe un cargo de \$ 50 será cargado a su cuenta por falta de notificación de la práctica de su necesidad de reprogramar o cancelar sin previo aviso de 24 horas. La tarifa se aplica a los procedimientos / cirugías programadas también. Usted será plenamente responsable de la carga que el monto no está sujeto a ser facturados a su seguro. Esto se aplica a todos los planes de seguro, incluyendo Medicare y Medicaid.

❖ **ES MI RESPONSABILIDAD DE NOTIFICAR LA PRÁCTICA DE LAS SOLICITUDES DE MIS REGISTROS MÉDICOS DE MANERA OPORTUNA Y PARA PAGAR LOS COSTOS PARA DETERMINADOS USOS.**

- Sus registros médicos son propiedad de la práctica. Sin embargo, usted puede solicitar copias como se describe en nuestro aviso de prácticas de privacidad.
- Una solicitud por escrito para remitir sus expedientes a otro profesional de la salud requiere un aviso de 48 horas. Los registros deben ser enviadas por correo o por fax directamente al proveedor para evitar la carga de registros médicos.
- Formas que requieren información de nuestra práctica como las reclamaciones de incapacidad a corto plazo, FMLA, etc están sujetos a una tarifa de \$ 25. También le pedimos que dé al menos una semana para completar los formularios. Documentos requeridos para el SSI no están sujetos a la cuota; y los registros se envían directamente a la oficina de las SS.
- Si usted solicita una copia de su expediente para su uso personal; se aplica lo siguiente:
 - Usted debe solicitar la información por escrito.
 - Usted debe dar un aviso de 48 horas.
 - Sobre la base de la sentencia Junta Médica de Texas con respecto a los honorarios para las copias de los registros médicos; la siguiente cuota por copias de sus expedientes médicos se aplica:
 - Cuota de \$25 para las primeras 25 páginas y un adicional de \$ 0,50 (cada uno) de las páginas 26 y más. La tarifa se aplica a las copias en papel o copias electrónicas.
 - Si usted solicita un papel y copia electrónica de su expediente, la tarifa será:
 - ◆ Si usted solicita un papel y copia electrónica de su expediente, la tarifa será: \$25
 - ◆ Copia electrónica - será un conjunto \$25

❖ **ES MI RESPONSABILIDAD SABER LA PRÁCTICA MANTIENE LA SIGUIENTE:**

❖ Después de horas de oficina normales, puede comunicarse con la oficina de relación con un asunto urgente y dejar un correo de voz. Sin embargo, la oficina no puede tener acceso a su correo de voz inmediatamente. Si usted tiene un asunto urgente que requiere su atención inmediata, por favor contactar o proceder a la sala de emergencias más cercana.

- Si necesita una recarga en una receta, usted es responsable de contactar a la farmacia y tener la solicitud de farmacia la recarga de la práctica. Por favor, envíe su solicitud a su farmacia al menos una semana de antelación antes de ejecutar fuera para asegurarse de que no está sin sus medicamentos. No podemos responder a solicitar después de las horas, el fin de semana o días festivos.
- La práctica no es capaz de tratar a los pacientes nuevos o nuevas enfermedades a través del teléfono. Si usted está experimentando nuevos problemas, usted es responsable de contactar a la oficina para hacer una cita durante el horario normal.

- SE APLICARÁ UN COSTO DE \$25 PARA HABLAR CON EL DR DESPUÉS DE HORAS DE TRABAJO, SI NO ES URGENTE O DE EMERGENCIA.

HE LEÍDO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE LAS POLÍTICAS DE PRÁCTICA DE ARRIBA. COMO PACIENTE DE ADVANCED GASTROENTEROLOGY OF TEXAS, PLLC, ESTOY DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS Y ENTIENDO QUE EN CUALQUIER MOMENTO LA PRÁCTICA TIENE EL DERECHO A DESCARGAR ME COMO PACIENTE EN BASE A YO NO CUMPLIR CON LAS POLÍTICAS DE ARRIBA. ADEMÁS, LA PRÁCTICA TAMBIÉN TIENE EL DERECHO DE DESCARGA ME COMO PACIENTE POR NO CUMPLIR CON PLANES, O TRATAMIENTO DADO POR EL MÉDICO, EL PERSONAL CLÍNICO; CONDUCTA INAPROPIADA HACIA NUESTRO PERSONAL MÉDICO O PRÁCTICA O CUALQUIER MOTIVO DETERMINADO POR LA PRÁCTICA. LA PRÁCTICA ME NOTIFICARÁ POR CORREO CERTIFICADO PARA TODAS Y CADA UNA DE LAS RAZONES DE DESCARGA.

Firma del Paciente o Tutor Legal

Fecha