

# ospinamedical

## Normas Financieras para el paciente

Gracias por escoger a Ospina Medical como su proveedor de cuidados de salud. Nosotros estamos comprometidos a crear una consistente y larga relación médico-paciente con usted y tomar cuidado de todas sus necesidades médicas. Nosotros creemos que tener claras y transparentes normas financieras es necesario para mantener una relación profesional. Si usted tiene alguna pregunta acerca de nuestras tarifas, normas o responsabilidades financieras por favor comuníquese con nosotros por los teléfonos 212-715-0888 o por el correo electrónico [info@ospinamedical.com](mailto:info@ospinamedical.com).

**EL PAGO** está supuesto a ser durante su visita. Nosotros aceptamos efectivo, cheques, tarjetas de crédito o débito. El pago incluirá cualquier deducible, complemento del pago, coseguro o servicios no cubiertos. Si usted no tiene póliza de seguro o si su cobertura se encuentra actualmente bajo una cláusula preexistente, el pago deberá ser completo en el tiempo de su visita.

**TARJETAS DE CRÉDITO.** Requerimos que todos los pacientes dejen la información de su tarjeta de crédito en el archivo para garantizar el pago adecuado de todos los servicios prestados. Los cargos a la tarjeta de crédito serán hechos cuando usted no se presente a su cita o con cancelaciones hechas con menos de 24 horas de su cita. Las tarjetas de crédito registradas en el archivo serán usadas para cargos de complementos de pagos, coseguro, deducibles, monto no presupuestados, y cancelaciones (incluyendo tarifas por no presentarse a la cita)

En el curso de una cancelación con menos de 24 horas a su tiempo de cita o si usted no se presenta a su cita, se cargará una tarifa de 80\$ a su tarjeta de crédito. Retraso en las cancelaciones o la no presentación a su cita para un procedimiento generará un cargo de 160\$ en su tarjeta de crédito. Nosotros entendemos que las emergencias pueden ocurrir, entonces si usted no es capaz de acudir a su cita, por favor comuníquese con el personal de recepción por el teléfono 212-715-0888 lo más pronto posible y así evitar recargos.

**SEGURO.** Nuestros proveedores están incluidos en muchos planes de seguro y una lista de seguros aceptados están disponibles. Para facturar adecuadamente a su compañía de seguros, requerimos que revele toda la información del seguro, incluido el seguro primario y secundario, así como cualquier cambio en la información del seguro. Proveer una incorrecta información de su compañía de seguro puede generar responsabilidades de pago por parte del paciente (pago completo o parcial de la factura). Nosotros podemos considerar que su compañía de seguro pague por los servicios, pero la decisión final siempre está dada por su compañía de seguro. Si nosotros no trabajamos con su compañía de seguro, usted está de acuerdo con pagar una parte de los costos no cubiertos por el seguro, incluyendo pero no limitado a cargos por encima de lo usual. Si está asegurado por un plan con el que no tenemos un acuerdo previo, prepararemos y enviaremos las reclamaciones sin asignarlas. Si nosotros estamos fuera de la

# ospinamedical

red electrónica de su seguro y el seguro le paga directamente a usted , Usted será responsable del pago a tiempo. Si posteriormente recibimos el pago de su aseguradora, le reembolsaremos cualquier pago en exceso.

Debido a la diversa variedad de planes de seguro disponibles , nuestro personal no le puede garantizar su elegibilidad y cobertura. Recuerde revisar con su compañía de seguro los servicios y médicos disponibles de acuerdo a sus plan de seguro antes de su cita. Usted será responsable por el pago en el caso de que su reclamo sea negado.

No todos los planes de seguro cubren los mismos servicios. En el caso de que su compañía de seguro no cubra, usted será responsable de pagar los gastos generados. El pago vence al recibir una factura de nuestra oficina.

**REFERENCIAS Y PREAUTORIZACIONES.** Determinados seguros de salud ( Medicare HMO), solicitan que el paciente tenga un referido o una preautorización de su médico primario antes de visitar al especialista. Si su compañía de seguro solicita un referido y/o una preautorización, usted es responsable de obtenerla antes de su cita. Haremos todo lo posible para asegurarnos de que una referencia es o no necesaria antes de su cita. Por favor verifique con su seguro antes de agendar una cita. No obtener la referencia y / o la autorización previa puede resultar en un pago menor o nulo de la compañía de seguros, y el saldo será su responsabilidad. Pueden ser necesarios arreglos de pago alternativos o reprogramar su cita si no se obtiene la autorización.

**CARGOS POR RETRASO** Se hará un cargo del 12% anual a saldos pendientes de más de 90 días.

**CHEQUES DEVUELTOS** Esto generará cargos de 30\$. Se le pedirá que traiga efectivo, fondos certificados o giro postal para cubrir el monto del cheque devuelto más el cargo extra de 30 \$ y ser cancelado antes de recibir el servicio por nuestro personal o médico .Todos los cheques sin fondos emitidos a esta oficina están sujetos a cobros y serán procesados en el condado de Nueva York. Luego de un cheque devuelto usted podrá cancelar con efectivo.

**PRINCIPIOS DE CONTABILIDAD.** El pago y los créditos se aplican primero a los cargos más antiguos, excepto para los pagos cubiertos por el seguro los cuales son aplicados a la correspondiente fecha de la cita.

**FORMULARIO DE TARIFAS.** Completar las forma del seguro, copiar los registros médicos, etc requiere tiempo de nuestro personal. Nosotros pedimos un pre- pago para completar las formas, copiar registros médicos, notarizar o complementar las notas de los médicos. El cargo está determinado por la complejidad del formulario, carta o comunicación.

El uso de estampillas en los documentos genera un gasto adicional que debe ser cubierto por adelantado.La copia de los registros médicos tiene una tarifa de 0.50\$ por página. Cuando

# ospinamedical

usted solicite copias de sus registros médicos esto tomará 15 días laborables , los mismos empiezan a transcurrir una vez se haya recibido el pago y la solicitud firmada por parte del paciente.

**OFICINA DE FACTURACIÓN.** Si usted tiene una pregunta en referencia a su facturación , llame a nuestro departamento de facturación por el teléfono (855-255-1036) Las llamadas serán recibidas entre 8:00 am y 8:00 pm ( Costa este).

**CANCELACIÓN O FALTA A SU CITA.** Si usted no cancela su cita 24 horas antes de la fecha y la hora establecida o si usted no se presenta a su cita , se le cargaran 80 \$. Si usted no se presenta a una cita para procedimiento o retraso en la cancelación de su cita generará un recargo de 160\$.

Todos los procedimientos de medicina regenerativa necesitan de un depósito no retornable. Si usted cancela su procedimiento de medicina regenerativa o no asiste a su cita su depósito no le será devuelto. Si usted necesita cancelar o reprogramar su cita para procedimientos de medicina regenerativa deberá hacerlo con dos semanas de anticipación. Cualquier paciente que re programe su cita para procedimientos de medicina regenerativa con menos de dos semanas de anticipación se le solicitará un nuevo depósito.

**ASIGNACIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO.** Por la presente asigno y transfiero directamente a Ospina Medical fondos y / o beneficios suficientes para la atención médica básica y principal, al que pueda tener derecho, para cubrir los costos de la atención y el tratamiento que me hayan brindado a mí o a un dependiente de mi. Yo autorizo a Ospina medical a contactar a mi compañía de seguro o al administrador de mi plan de salud y obtener toda la información financiera concerniente a la cobertura y pago de mi póliza. Autorizo a la compañía de seguros o al administrador del plan de salud que divulgue dicha información a Ospina Médica. Yo autorizo a Ospina Medical a divulgar toda la información médica ( incluyendo pero no limitada a información de condiciones psiquiátricas, anemia de células falciformes, abuso de drogas y alcohol, HIV y enfermedades de aviso obligado) requeridas por la compañía de seguro, medicare, u otros médicos y/o cualquier otro pagador externo.

**REVELAR INFORMACIÓN.** Por la presente autorizo y ordeno a Ospina Medical que entregue a las agencias gubernamentales, compañías de seguros u otras personas que sean financieramente responsables de dicha atención médica y profesional toda la información necesaria para sustentar las reclamaciones y el pago.

**TARIFAS DE COBRO.** Entiendo que en el caso de que mi cuenta se coloque en estado de cobranza, cualquier cargo adicional incurrido debido a esto se agregará a mi saldo pendiente. Esto incluye, pero no está limitado a cargos por pagos atrasados, tarifas de agencias de cobranza, costos judiciales, intereses y multas. Yo entiendo que estas tarifas adicionales serán responsabilidad de mi persona en su totalidad.

# ospinamedical

He leído y entiendo la política financiera de la práctica y aceptó estar sujeto a sus términos. También entiendo y acepto que dichos términos pueden ser modificados por la práctica de vez en cuando.

---

Firma

---

Fecha

*Esta política financiera ayuda a la oficina a brindar atención de calidad a nuestros valiosos pacientes. Si tiene alguna pregunta o necesita una aclaración sobre alguna de las políticas anteriores, no dude en contactarnos.*

*Ospina Medical, PLLC se reserva el derecho para cambiar y/o modificar la información de este formulario en cualquier momento.*