**Poliza Financiera**

Nuestro objetivo en Elite Plastic & Reconstructive Surgery (EPRS) es brindarle atención médica de calidad y estamos a su disposición si desea información sobre nuestros honorarios. Es importante para nuestra relación profesional que usted entienda claramente nuestra política financiera. Si tiene alguna pregunta sobre nuestros honorarios, nuestra política financiera o su responsabilidad, no dude en solicitar información.

Para que podamos establecer su cuenta con EPRS:

* Entregue toda la información que sea necesaria para la facturación correcta de su reclamo, incluyendo su tarjeta de seguro médico, los datos de su empleador y la información demográfica.
* Favor de pagar los copago, deducibles y servicios no cubiertos por su seguro médico el día en que recibas los servicios.
* Entregue a su compañía aseguradora y a EPRS toda información adicional que se le solicite, a fin de tramitar los reclamos presentados en su nombre.

**Menores no acompañado**

Los menores deberán contar con una autorización para recibir tratamiento médico firmada por uno de sus padres o por su tutor, y deberán presentar los datos de un seguro médico vigente que los cubra o realizar el pago que corresponda al momento de recibir los servicios.

**En relacion con divorcio**

EPRS no se involucra en conflictos entre padres divorciados con respecto a la responsabilidad financiera de los costos médicos de su niño.

Firmando como garantía abajo, estoy de acuerdo de ser financieramente responsable del cuido que recibas mi niño, sin importar si un decreto del divorcio o otros lugares del arreglo esa obligación es de su ex-esposo/esposa.

**Sobre el seguro medico**

Planes de seguro de indemnización y honorarios por servicio: Exigimos el pago total de la cuenta al momento de presentarle el servicio. Se le entregará una copia de su cuenta detallado para que pueda usted solicitar el reembolso de su compañía aseguradora. Si la compañía necesita una descripción más detallada de los servicios rendido, por favor de notificcarnos.

El seguro es un contrato entre usted y su compañía aseguradora. Nosotros no somos parte de ese contrato. Con excepción de la entrega de datos concretos cuando sea necesario, no tomaremos parte en disputa alguna que se ocurra entre usted y su compañía aseguradora con respecto a deducibles, cargos no cubiertos, seguros secundario, la coordinación de beneficios, las enfermedades preexistentes o la determinación de si un cargo es razonable y acostumbrado. Usted es responsible del pago de su cuenta.

**Planes adminstrada (HMO, PPO, POS, EPO)**

Cada vez que solicite una cita con EPRS, usted es responsabilidad de determinar si éste participa actualmente en su plan. Se exige la verificación de su cobertura y beneficios. Para ello, a menudo es necesario que informemos a su plan de atención médica administrada el motivo de su visita. Recuerde que deberá mostrar una tarjeta vigente de seguro médico en cada visita.

Si se le remite a un especialista o usted decide que necesita consultar a uno, es posible que su plan de seguro exija una autorización de su médico de atención primaria. Es responsabilidad de usted tener en cuenta las fechas de vencimiento y notificar al consultorio de su médico, con un mínimo de 48 horas de anticipación, antes de consultar a un especialista. Es posible que ningún plan de asistencia médica administrada acepte autorizaciones retroactivas. Por lo tanto, si no obtiene la autorización correspondiente, usted seria responsable del pago total adeudado al consultorio del especialista.

* Como un servicio a nuestros pacientes, EPRS proporciona cita cortesía recordatorio llamadas/textos y posiblemente otras llamadas importantes que pueden ser colocados utilizando un pregrabado automático sistema  de mensajería. Su iniciales es su consentimiento para recibir tales llamadas/textos en el teléfono ha proporcionado a nosotros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* He leído y entiendo que soy personalmente responsable del pago de esta cuenta.
* En el evento que mi aseguranza determina qu un servicio "no es cubierto" entiendo que soy personalmente responsable del pago.
* Cesión: Por el presente autorizo el pago directamente a EPRS o a mi médico. Todo cambio a esta autorización deberá recibirse por escrito dentro de los 30 días despues de la fecha de puesta en vigor.
* Autorizo la entrega de toda información médica, incluyendo los resultados de análisis de VIH y la información financiera que sea necesaria para tramitir este reclamo y todo reclamo futuro, a mi compañía aseguradora o a la parte responsable del pago de beneficios médicos que yo designe oportunamente, por un plazo indeterminado o hasta que yo presente una revocación escrita de la presente autorización.

Todo cambio a la presente autorización deberá recibirse por escrito dentro de los 30 días siquientes a la fecha de puesta en vigor.

Firma del garante: \_\_\_\_\_\_\_\_Fecha firmado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del garante:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relacion al Paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_