

Póliza Financiera

Gracias por elegir nuestra práctica. Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención posible. Por favor comprenda que todos los encuentros o tratamientos incurrirán en un cargo financiero. Al firmar al final de este documento usted se compromete a cumplir con nuestra póliza financiera.

- I. Refiriéndonos al cargo por servicio en la práctica al momento de los servicios. Si usted tiene seguro de salud y nosotros participamos en su plan de seguros, se le enviará la factura a su seguro primario y secundario por todos los cargos de los servicios prestados. Usted será responsable por el pago de:
- Deducibles anuales.
 - Co-pagos u otras responsabilidades.
 - Cargos por servicios cosméticos o no-cosméticos, que no hayan sido cubiertos.

Tenga en cuenta que cualquier procedimiento que usted elija obtener, puede no ser cubierto por su co-pago en la oficina, y está sujeto a su deducible o co-seguro médico. Estos procedimientos incluyen, pero no están limitados a: biopsias, remoción de alguna lesión de la piel, inyecciones para tratar queloides, revisión de cicatrices, etc. Haremos todo lo posible por ponernos en contacto con su seguro para verificar sus beneficios, pero usted sigue siendo responsable en caso de que un cargo no sea cubierto por cualquier razón. Y será usted facturado, una vez obtengamos una negación por parte de su seguro.

- II. Somos proveedores de Medicare, por lo que se le facturará directamente a Medicare. En caso que Medicare no cubra ciertos cargos, usted tiene la opción de llenar una forma llamada *Aviso de Antemano al Beneficiario* (“Advanced Beneficiary Note”, con sus siglas en inglés “ABN”) como es estipulado por Medicare. **No somos proveedores de Medicaid.** Usted será responsable a la hora del servicio provisto por el pago de los cargos estipulados en el “Medicaid ABN” – Aviso de Antemano al Beneficiario.
- III. Si usted no tiene seguro médico, se espera el pago en su totalidad al momento del servicio.
- IV. Aceptamos pago en efectivo, Visa, MasterCard, y Care Credit. Cheques personales serán aceptados sólo a pacientes establecidos. Un cargo de \$35 se aplicará a su cuenta por cada cheque devuelto.
- V. Si usted compra productos para el cuidado de la piel, maquillaje u otros suministros, por favor comprenda que su pago no es reembolsable. Si el producto está defectuoso, o si no es apropiado para su piel, gustosamente sustuiremos el artículo por uno más apropiado para usted o le acreditaremos a su cuenta de Clinique Dallas.
- VI. Le pedimos que nos dé un aviso de un día hábil para la cancelación o re-programación de una cita. Si tiene un historial de más de dos ausencias consecutivas a sus citas, comenzaremos a cobrar \$25 dólares de *cargo por cancelación* por cada cita omitida.
- VII. Todos los cargos de su cirugía deben pagarse la semana antes a la fecha de la cirugía. Un *cargo de reservación* de \$500, no-reembolsable, es requerido para separar el día de su procedimiento. El pago en su totalidad es requerido para proceder con la cirugía y los cargos no son reembolsables una vez se hayan prestado los servicios. Servicios provistos que se hayan pagado con tarjeta de crédito, o financiación por medio de terceros no son elegibles a disputas por desacuerdo una vez los servicios han sido otorgados.

Si tiene preguntas acerca de esta póliza, por favor no dude en preguntarnos. Estamos aquí para servirle y para hacer de su visita o cirugía la mejor experiencia posible.

La firma a continuación significa que usted entendió nuestra póliza y sus responsabilidades en relación a cargos incurridos en Clinique Dallas Plastic Surgery y que está de acuerdo con nuestra póliza financiera.

Nombre del paciente: _____ **Firma del paciente:** _____ **Fecha:** ____ / ____ / ____