

**North Central Urology P.A.**  
**Dennis L. Ortiz, D.O.**  
**ADULT AND PEDIATRIC UROLOGY**  
**BOARD CERTIFIED**  
4218 Gateway Dr., Suite 200  
Colleyville, TX 76034  
(817)283-1860 Fax (817) 283-2175

Nuestra oficina se complace en tener la oportunidad de servirlo. Nuestra misión principal es brindarle atención médica de calidad. Juntos, nosotros (los pacientes y su equipo de atención médica) estamos tratando de adaptarnos a las formas cambiantes en que se financia y brinda la atención médica. Las siguientes pautas fueron desarrolladas para ayudarlo durante el proceso.

**Pautas de pago:**

- Recopilamos copagos, coseguro y / o deducibles en el momento del servicio, a menos que se hayan hecho por escrito otros arreglos por escrito con nuestra oficina.
- Aceptamos efectivo, cheques, giros postales y tarjetas de crédito (Visa, Mastercard, American Express y Discover).
- Si se devuelve su cheque, se evaluará una tarifa de procesamiento de \$ 35 además del monto del cheque.
- Se enviará un reclamo a su compañía de seguros para el pago. Si su compañía de seguros le remite el pago, envíe el pago a nuestra oficina junto con la Explicación de beneficios.
- Cualquier saldo que su compañía de seguros determine que es su responsabilidad financiera se le cobrará a usted. El pago se debe en su totalidad al recibir su estado de cuenta. Los saldos que permanecen sin pagar después de 90 días pueden ser referidos a una agencia de cobranza externa para posteriores esfuerzos de cobranza. \_\_\_\_\_ (inicial)

**Ausencias / cancelaciones tardías:** para proporcionar el mejor servicio posible y la disponibilidad para todos los pacientes, nuestra práctica ha implementado las siguientes tarifas:

\_\_\_\_\_ Visita al consultorio: requerimos un aviso de 24 horas para todas las cancelaciones de visitas a la oficina. Si no se proporciona el aviso requerido, un cargo de \$ 50.00

(Inicial) se evaluará en la cuenta del paciente.

\_\_\_\_\_ Procedimiento: requerimos un aviso de 2 días hábiles para todas las cancelaciones de procedimientos. Si no se proporciona el aviso requerido, \$ 100.00

El cargo (inicial) se evaluará en la cuenta del paciente.

Es posible que se requiera el pago de la cita perdida antes de, o en el próximo procedimiento programado o visita a la oficina..

**Servicios auxiliares:** su médico lo puede derivar a uno o más "servicios auxiliares" en relación con su atención médica. Un servicio auxiliar es un servicio que complementa o respalda su tratamiento médico. Los siguientes son considerados, pero no se limitan a, posibles servicios auxiliares:

- Centro de Cirugía Ambulatoria - Terapia de Infusión - Laboratorio y Pruebas de Patología
- Servicios de farmacia - Radiación / Imágenes

Su médico puede tener un interés económico o una relación comercial con la compañía o persona que brinda los servicios auxiliares. No está obligado a usar el proveedor al que lo refiere su médico. Usted es libre de usar cualquier proveedor que elija.

**Programas de investigación:** su médico puede preguntarle si le gustaría participar en un ensayo clínico o un programa de investigación. Estos programas pueden ser patrocinados por una compañía farmacéutica o pueden ser un programa de investigación patrocinado por la práctica. Su médico puede ser compensado por los servicios prestados en relación con estos programas. No está obligado a participar en ningún programa de investigación y obtendrá su permiso antes de participar en un programa que su médico considere apropiado para usted.

**Cuándo presentar su tarjeta de seguro:** presente su tarjeta de seguro en **CADA VISITA**. Específicamente, llame nuestra atención sobre cualquier cambio (nueva tarjeta, nuevo número de abonado o grupo, etc.) desde su última visita. Esto lo protege de pagar una factura debido a que proporciona información incorrecta. Hay una ventana estrecha (0-45 días) para presentar un reclamo exacto a la compañía de seguros correcta. De lo contrario, podría significar que se puede denegar el reclamo. Si tiene un seguro secundario, se archivará como cortesía. Sin embargo, si no hemos recibido el pago de su seguro secundario de manera oportuna, el saldo será su responsabilidad.

**Asignación de beneficios:** North Central Urology puede presentar una reclamación por los servicios prestados por el médico, la instalación, el patólogo y / o el proveedor de anestesia. North Central Urology está autorizado a transferir cualquier pago excesivo de un paciente a una de estas entidades asociadas, si corresponde. Por la presente autorizo a North Central Urology a:

- Divulgar cualquier información necesaria a la compañía de seguros con respecto a mi enfermedad y tratamientos.
- Procesar reclamaciones generadas para mi examen / tratamiento.
- Permitir que una fotocopia de mi firma se use para procesar reclamos de seguro por un período de una vida.
- Mantenga esta orden vigente hasta que la revoque por escrito.

**Divulgación de la propiedad:** Baylor Medical Center en Trophy Club y I se comprometen a brindar excelencia clínica en un entorno seguro y cómodo para usted y los miembros de su familia. Soy un propietario porcentual de ambas instalaciones. Esta propiedad me permite tener voz en la administración y las políticas de ambas instalaciones. Esta participación ayuda a garantizar la mejor calidad de atención para usted.

Baylor Medical Center en Trophy Club cumplen con la definición federal de instalación propiedad de un médico y una lista de los propietarios de cada instalación que son médicos (o sus familiares más cercanos) está disponible en cualquiera de las instalaciones si así lo solicita.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, no dude en preguntar al Dr. Dennis Ortiz, o al Director Ejecutivo de Baylor Medical Center en Trophy Club. Le damos la bienvenida como paciente y valoramos nuestra relación con usted.

¡Le valoramos como paciente y estamos ansiosos por servirle! Nuestra prioridad es brindarle la mejor atención posible. Si desea comunicarse con nuestra oficina, puede hacerlo al 817-283-1860.

He leído y entiendo las pautas, las obligaciones financieras y la divulgación según lo indicado anteriormente.

---

Firma del paciente o del responsable

---

Nombre impreso

---

Fecha