



## Póliza financiera y forma de consentimiento del paciente

Asociados de Urología del Norte de Tejas, L.L.P., (“UANT”) reconoce la necesidad de una comprensión clara entre el paciente y médico con respecto a la información protegida de la salud y arreglos financieros para el cuidado médico. La información siguiente se proporciona para evitar cualquier malentendido referente a la información protegida de la salud y el pago para los servicios profesionales.

**1. PAGO: Se espera el pago a la hora de servicio.** Si su deducible no se ha resuelto, o un porcentaje es su responsabilidad, contamos con el pago cuando se rinden los servicios. **Aun cuando el seguro será archivado, usted es responsable de cualquier equilibrio después del proceso de reclamación al Seguro.** Todas las cargas para el tratamiento se convierten en debidos y pagaderos después de sesenta (60) días de la fecha del servicio. Este período da un plazo de suficiente tiempo de procesar seguro y de hacer el pago por completo de cualquier equilibrio restante. Habrá una carga de \$25.00 para los cheques vueltos. Si no pagado en el plazo de 60 días, UANT comenzará varias actividades de la colección incluyendo, pero no limitado sometiendo la cuenta atrasada a una agencia de colección.

**2. PAGO DEL UNO MISMO (PRIVADO, PAGO EN EFECTIVO):** Si usted no tiene ninguna cobertura de seguro preguntamos que usted coordina su cuidado con nuestra oficina de negocio antes de cirugía. Requerimos un pago anticipado para los servicios profesionales.

**3. CUIDADO ADMINISTRADO: Todo el cuidado administrado (HMO, PPO, etc.) las cantidades del pago compartido son debidas a la hora de servicio. Le cargarán \$10.00, honorario de re facturar, si usted no paga su co-pago cuando se rinden los servicios.** Si su régimen de seguros requiere una autorización de la remisión de un médico primario del cuidado, presente por favor esto en su visita inicial. Si usted solicita una visita o una cirugía de la oficina sin una autorización de la remisión, su régimen de seguros puede juzgar esto como “fuera de encadenación” o del tratamiento “no cubierto”, Usted será responsable por la cantidad más grande o todas las cargas. Firmando abajo, el paciente reconoce que es la responsabilidad de los pacientes estar enterado de los servicios que son cubiertos y conviene a la paga de cualquier servicio juzgado ser no cubierto o no autorizado por el plan.

**4. MEDICARE:** UANT son los abastecedores que participan con el programa Medicare y aceptan como pago, Medicare permisible, su deducible y o el 20% de seguridad adicional. Si usted tiene seguro suplemental para cubrir la porción de las cargas que Medicare no paga, provea por favor de a nosotros una copia de su tarjeta del seguro y cualquier formas que su compañía de seguros pueda requerir. Medicare o los portadores secundarios no cubre algunos procedimientos y útiles. Asegúrese por favor de usted entender qué aspectos de su tratamiento se cubren antes de proceder. En un caso raro usted puede ser pedido firmar una forma de la renuncia, que declara que usted entiende que usted será responsable de estas cargas.

**5. PACIENTES DE ACCIDENTE DEL AUTOMOVIL:** No tratamos a pacientes del accidente del automóvil. Sin embargo, no podemos supervisar cuentas a largo plazo y requerir el pago como paciente que paga uno mismo. No aceptaremos una letra de la protección de un abogado como garantía del pago o del pago del seguro de los terceros.

**6. NIÑOS DE PADRES DIVORCIADOS:** Responsabilidad del pago para el tratamiento de niños de menor, quién padres están divorciados, reclínesse con el padre que busca el tratamiento. Cualquier corte pidió, el juicio de la responsabilidad se debe determinar entre los individuos implicados, sin la inclusión de UANT.

**7. INVESTIGACION CLINICA:** UANT participa en estudios clínicos de la investigación, y a los patrocinadores del estudio compensan (reciben dinero) a los médicos de UANT para realizar ensayos de la investigación. El paciente autoriza UANT al acceso de su información médica con el fin de la elegibilidad de evaluación del paciente para los estudios clínicos actuales o futuros de la investigación. El paciente acuerda ser contactado por UANT con respecto a la posibilidad de ser alistado en estudio de la investigación. El paciente está bajo ninguna obligación de alistar en cualquier estudio. La participación del estudio es voluntaria y la denegación a participar, implique de ninguna manera la pena o la pérdida de ventajas a las cuales son derechos al paciente. La participación en un estudio de la investigación no interrumpirá su cuidado regular con un médico de UANT.

**8. SEGURO SECUNDARIO:** El departamento de Tejas del seguro requiere a paciente proporcionar cobertura de seguro secundaria al abastecedor si fuera aplicable. El paciente acuerda proporcionar la información tal como contorneada abajo. El paciente acuerda notificar el abastecedor en el futuro inmediatamente de cualquier adición, cambios o canceladuras en cobertura de seguro primaria o secundaria. Inicial o complete como aplicable.

\_\_\_\_\_ No tengo ninguna cobertura de seguro secundaria.

\_\_\_\_\_ Tengo cobertura de seguro secundaria según lo descrito en la forma demográfica paciente unida.

**UANT cree firmemente que una buena relación del paciente o del médico está basada sobre entender y comunicaciones abiertos. Es nuestra esperanza que las políticas antedichas permitirán que proporcionemos el cuidado más de alta calidad a nuestros pacientes. Si usted tiene cualesquiera preguntas o necesita la clarificación con respecto a estas políticas, llámenos por favor al (817) 784-8268.**

\_\_\_\_\_  
Nombre de paciente (Por favor de impresión)

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma (Asegurados o Guardián)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**ACCESO DEL INTERÉS DE PROPIEDAD DE LA PRÁCTICA DEL GRUPO  
EN HOSPITALES Y LOS SERVICIOS ANCILARES**

Su médico en UANT ha ejercitado su juicio médico profesional independiente, en la determinación de si está en su mejor interés de recibir cierta asistencia médica prescrita en el hospital de USMD a Arlington o el Hospital de USMD en el Fort Worth, North Texas Hospital o Trinity Medical Center (los "Hospitales") y o uno de los varios servicios ancilares. Los "servicios ancilares" incluyen varios servicios médicos incluyendo servicios de tratamientos de radiación, laboratorio, estudios urodinámica, litotricia, exploración del dexta, el explorador de CT, ultrasonido y el otro equipo de la proyección de imagen. El propósito de esta declaración del acceso es informarle ese UANT, la práctica médica del grupo de la cual su Médico es un Socio o Empleado, posee un interés de propiedad en el hospital y los servicios ancilares. Ninguna remuneración recibida directamente o indirectamente por el médico consecuentemente UANT que posee un interés de propiedad en los hospitales o los servicios ancilares requiere, ni es contingente sobre la admisión, recomendación, remisión, o cualquier otra forma de arreglo a la utilización de los pacientes o otras de cualquier artículo o servicio ofrecido por los hospitales o los servicios ancilares. Decisiones con respecto a la admisión, recomendación, remisión, o cualquier otra forma de arreglo para la utilización de los pacientes de su médico de servicios o de instalaciones específicos se hace con respecto a los mejores intereses de cada paciente individual.

---

Nombre de paciente (Por favor de imprimir)

---

Fecha de Nacimiento del Paciente

---

Firma (Asegurados o Guardián)

---

Fecha