

ANUNCIO DE OFICINA LAS POLÍTICAS Y LAS PRÁCTICAS Y CONSENTIMIENTO

(Eficaz 10/22/14)

Gracias por elegir Ob-Gyn Asociados del Norte de Texas. Nuestra misión principal es ofrecer la mejor y más completa atención disponible.

PRIVACIDAD (HIPAA): Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información acerca de cómo podemos utilizar y divulgar información médica protegida (PHI) sobre usted. Usted tiene el derecho de revisar nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Los términos de nuestro Aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro Aviso, usted puede obtener una copia revisada de nuestro sitio web o contactando con nuestra oficina.

Usted tiene el derecho de solicitar que nos restrinjan la PHI acerca de usted es utilizada o divulgada para el tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud. No estamos obligados a estar de acuerdo con esta restricción, pero si lo hacemos, vamos a cumplir con ese acuerdo.

Al firmar este formulario, usted da su consentimiento para el uso y divulgación de su PHI para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Usted tiene el derecho a revocar el consentimiento por escrito, firmada por usted. Sin embargo, dicha revocación no afectará a ninguna revelación que ya hayamos hecho en dependencia de su consentimiento previo. Del Norte de Texas Ob-Gyn Asociados ofrece este formulario para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA).

El paciente entiende que:

- SU PHI puede ser divulgada o utilizada para el tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud.
- North Texas Ob-Gyn Asociados tiene un Aviso de Prácticas de Privacidad y que el paciente tiene la oportunidad de revisar este aviso.
- North Texas Ob-Gyn Asociados se reserva el derecho de cambiar el Aviso de Prácticas de Privacidad.
- El paciente tiene el derecho de solicitar restricciones a los usos de su información, pero Ob-Gyn Asociados del Norte de Texas no tiene que aceptar esas restricciones.
- El paciente puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y declaraciones completas dejan.
- North Texas Ob-Gyn Asociados pueden recibir tratamiento condición con la ejecución de este Acuerdo.

LABORATORIOS: Por favor, tenga en cuenta que existe la posibilidad de que haya un laboratorio fuera de la red puede ser utilizada para todos o parte de sus servicios. Si su compañía de seguros requiere el uso de un laboratorio particular, usted debe notificar a la oficina en el momento de la facturación de su médico y enfermera antes del comienzo de su visita al médico. Una vez labs dejar nuestras instalaciones somos incapaces de hacer cualquier cambio.

OPCIONES DE PAGO: North Texas Ob-Gyn Asociados acepta dinero en efectivo, cheque, Visa, MasterCard, Discover o CareCredit. Le ofrecemos un 25% de ajuste por cortesía cuenta pago para todos los pacientes que pagan su tratamiento en la fecha de servicio o antes de la finalización de la asistencia.

North Texas Ob-Gyn Asociados exige el pago en el momento que prestan servicios o antes de la finalización del tratamiento. Caso de que decida suspender atención antes del tratamiento se ha completado, usted recibirá un reembolso menos el costo de la atención recibida.

Entendemos que los saldos del paciente pueden ser mayores de lo previsto. Ofrecemos planes de pago con la firma acuerdo de pago. North Texas Ob-Gyn Asociados cobra \$25 por cheques devueltos y un 2% mensual cargo financiero en todos los saldos pendientes más de 28 días de edad.

Para los pacientes con seguro estamos encantados de trabajar con su proveedor para maximizar su beneficio y facturar directamente ellos para el reembolso de su tratamiento. Usted entiende y acepta que, con independencia de su situación en la seguridad social, que son responsables financieramente por el saldo de su cuenta para todos los servicios profesionales prestados.

Una cuota de \$25 se le cobrara a los pacientes que no cancelan su cita con 24 horas de antelación.

Incumplimiento de la obligación de revelar los seguros de salud que están actualmente matriculados puede resultar en negación y afirmación equilibrio total de la reclamación se convierte en su responsabilidad financiera. Usted también está dando a Norte de Texas Ob-Gyn Asociados aprobación para cualquier pago en exceso que se queda en tu cuenta de crédito. Los reembolsos se emitirán bajo petición. Si tiene alguna pregunta, por favor, no dude en preguntar. Estamos aquí para ayudarle a obtener el tratamiento y la atención que usted desea y necesita.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: Por este medio asigno todos mis beneficios médicos y quirúrgicos incluyendo beneficios médicos mayores a los que tengo derecho incluyendo Medicare, seguros privados y cualquier otro plan de salud de: Norte de Texas Ob-Gyn Asociados. Esta asignación se mantendrá en efecto hasta que sea revocada por mi por escrito. Una fotocopia de mi tarea es ser considerado como válido como un original. Yo entiendo que soy responsable de todos los cargos si o no pagado por mi seguro. Si North Texas Ob-Gyn Asociados no reciba el pago de mi compañía de seguros dentro de un plazo de 120 días, que puede ser responsable del pago de mis honorarios por el tratamiento y recolección de mis beneficios directamente de mi compañía de seguros. Por la presente autorizo y acepta liberar toda la información necesaria para garantizar el pago. Yo entiendo que se me puede incurrir en costos que están permitidas, pero no cubiertos por mi compañía de seguros y que soy responsable de estos cargos.

Paciente, Padre o Representante Legal

Fecha

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento.