



POLITICA FINANCIERA

Comuníquese con nosotros:

(918) 307-1613 o
(800) 475-1124
FAX (918) 307-2454

OFICINA DEL SUR:

9311 S. MINGO ROAD
TULSA, OK 74133-5702

OFICINA DEL CENTRO:

1727 S. UTICA AVENUE
TULSA, OK 74104-5397

OFICINA DEL OESTE:

6802 S. OLYMPIA
SUITE 150
TULSA, OK 74132-1822

OFICINA DE OWASSO:

9540 N. GARNETT ROAD
SUITE 112
OWASSO, OK 74055-4100

OFICINA DE BARTLESVILLE:

224 SE DEBELL
BARTLESVILLE, OK 74006-2305

Gracias por elegir la Clínica De Alergias de Tulsa, Inc. como su clínica especialista en asma, alergias e inmunología. Nuestro compromiso es el proveerle con el mejor cuidado posible. Es esencial que usted tenga comprensión de nuestra política financiera:

Se espera el pago por los servicios recibidos en el momento en que se prestan los servicios, a menos de que haya previos arreglos de pago aprobados por escrito. Si el paciente/persona responsable no puede pagar al momento de recibir servicios, se le pedirá que re programe su cita para una fecha cuando el pago pueda ser realizado o se hayan realizado arreglos de pago con nuestro asesor financiero. En el momento que se prepare su plan de tratamiento se calculará el porcentaje del costo total que será su responsabilidad.

Esta cantidad se debe por los servicios programados para el día de su visita. Aceptamos tarjeta de débito y crédito, Visa, MasterCard, Discover, American Express, cheques, giros bancarios y efectivo. Todas las visitas son sujetas a auditoria final; usted puede recibir una factura por cualquier servicio adicional proveído. Cualquier balance que quede después de que la compañía de seguro médico haga su pago, se vencerá en treinta días. Un recargo de 1.5% por mes se aplicará a cheques devueltos y balances con madurez de 90 días o más por retraso de pago y servicio de colecciones. Si una cuenta se encuentra en mora, la persona responsable será también responsable por todos los costos legales incurridos durante la colección del balance en la cuenta. **Habrá un recargo de \$30 por servicio en los cheques que sean devueltos por el banco, sin importar la razón. Los cheques, incluso el recargo por servicio deberán ser pagados en efectivo o con un giro bancario durante los siguientes 10 días hábiles después de la fecha en que los cheques hayan sido devueltos.**

El seguro médico es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Nosotros tenemos obligaciones de contrato con varios planes de seguro médico PPO y HMO; nosotros procesaremos los reclamos de seguro médico conforme a nuestro acuerdo si usted nos provee con los formularios financieros completados y una copia de su tarjeta de seguro médico. Necesitamos recibir esta información en los 14 días antes de su cita. Todos los cargos serán su responsabilidad personal si no provee toda la información sobre su seguro médico o si no podemos verificar su elegibilidad. Usted es responsable por responder cualquier cuestionario sobre reclamos que sea enviado por su compañía de seguros. No estaremos involucrados en conflictos entre usted y su compañía de seguros basados en elegibilidad, deducibles, copagos o cobertura de cargos.

En caso de divorcio o separación, la persona que trae al niño(a) para su tratamiento es responsable por los servicios brindados. Llevaremos una cuenta en el nombre de la persona que tiene la custodia del menor.

Puede haber cargos adicionales por llamadas sin emergencia fuera de los horarios de oficina.

Un cargo de \$35 se aplicará a su cuenta si no se presenta a su cita. Por favor, notifiquenos con 24 horas de anticipación si no puede asistir a su cita.

Si tiene cualquier pregunta o preocupación en referencia a su cuenta o si necesita mayor explicación de estas normas, por favor comuníquese con nuestra Oficina de Negocios al 918-307-1613 entre las horas de 8:00 am y 5:00 pm, de lunes a viernes.

Su firma en nuestro formulario de información financiera indica que usted ha leído y comprende estos reglamentos.

Firma

Paciente/Representante Legal

Fecha

Relación con el paciente