

Otolaryngology Physicians Of Lancaster

Oficina de Lancaster:  
810 Plaza Boulevard  
Lancaster, PA 17601

Oficina 717-394-5088  
Fax 717-394-5590

Oficina de Ephrata:  
561 W. Trout Run Road  
Ephrata, PA 17522

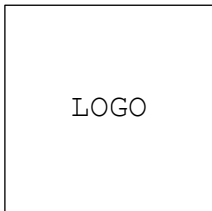
Oficina 717-733-4891  
[www.lancasterent.com](http://www.lancasterent.com)

Especialistas certificados en oído, nariz y garganta

### Acuerdo de política financiera

OPL se compromete a brindar la mejor atención posible a nuestros pacientes. Toda la documentación debe ser completada antes de ver al médico. Necesitaremos escanear o fotocopiar su(s) tarjeta(s) de seguro y su identificación con foto cuando se registre para su cita. Es importante para nuestra relación profesional que usted comprenda claramente nuestro acuerdo de política financiera. Por favor, háganos saber si tiene alguna pregunta con respecto a nuestros honorarios o a su responsabilidad financiera.

- **Citas** - Por favor, notifique con al menos 24 horas de antelación la cancelación de una cita. Si no notifica oportunamente a la oficina una cancelación, se le puede cobrar una tarifa de "no presentación" de \$25.00. Si un intérprete es necesario para su cita, por favor notifique con al menos 72 horas de antelación la cancelación de una cita. Si no notifica oportunamente a la oficina una cancelación, se le pueden cobrar los honorarios del intérprete y una tarifa de "No Presentación" de \$25.00.
- **Formularios** - Hay un cargo de \$30.00 por completar los formularios de discapacidad, seguro de vida y Licencia Familiar y Médica (FMLA, según sus siglas en inglés). Este cargo será cobrado antes de la entrega de los formularios.
- **Derivaciones** - Si su plan de seguro requiere una derivación de su médico de atención primaria, es su responsabilidad obtener la derivación antes de su cita. Si nuestra oficina no ha recibido la derivación, es posible que su cita deba ser reprogramada.
- **Copagos** - Por ley y según lo requiere la compañía de seguros, debemos cobrar el copago correspondiente. Este cobro se realiza al momento del registro. Si no realiza su copago al momento del registro, su cita podrá ser reprogramada.
- **Procedimientos realizados en la oficina** - Como parte de su examen o de su atención posoperatoria, los procedimientos realizados en la oficina, como exploraciones, biopsias y cauterizaciones podrán ser necesarios para evaluar más a fondo su afección. Es posible que algunos procedimientos realizados en el consultorio no estén cubiertos por su seguro. Usted es responsable del saldo no cubierto por su compañía de seguros.
- **Seguro** - Enviaremos una reclamación a su compañía de seguros. Todos los pacientes son responsables de sus copagos y deducibles. Si no recibimos el pago de su compañía de seguro en un plazo de 45 días, usted recibirá un resumen de cuenta por correo con el monto total de los cargos.
- **Planes no participantes** - Si no trabajamos con su seguro, se le pedirá que pague un depósito por los servicios al momento de registrarse. Usted recibirá un resumen de cuenta por correo con el saldo restante de los cargos. Es su responsabilidad pagar dicho saldo. Una vez que haya pagado el total, puede presentar la reclamación a su seguro para el reembolso.
- **Pacientes que pagan por su cuenta** - OPL ofrece un descuento para todos los pacientes que pagan por su cuenta cuando pagan por su visita el mismo día del servicio. **Se le pedirá que pague un depósito por servicios al momento de registrarse. El saldo/crédito restante le será enviado por correo.** Los procedimientos realizados en la oficina se deben pagar al momento de la salida para recibir el descuento. Si es necesaria una cirugía, OPL requiere un depósito equivalente al 50% de los cargos estimados de la cirugía, que se deben pagar al menos 10 días antes de la fecha de la misma. El saldo restante se debe cancelar dentro de los 30 días posteriores a la fecha de la cirugía. Para aquellos que quieran pagar el saldo completo antes de la cirugía, se podrá aplicar un descuento del 15%. Analice los cargos quirúrgicos con el coordinador quirúrgico.
- **Reclamaciones de indemnizaciones por accidentes de trabajo y seguro automotor** - Enviaremos una reclamación en su nombre. Usted deberá proporcionarnos el número de reclamación y una copia de su notificación de compensación a pagar. Además, tendrá que proporcionarnos su información de seguro médico. Si su reclamación de seguro automotor/indemnización por accidente de trabajo es denegada, facturaremos a su seguro médico. Usted es responsable de abonar el saldo no cubierto por su seguro.
- **Consentimiento para el tratamiento (adultos)** - Los pacientes mayores de 18 años que no pueden consentir su propio tratamiento médico, completar la documentación necesaria o comunicar el motivo de su visita deben estar acompañados por su



Otolaryngology Physicians Of Lancaster

Oficina de Lancaster:  
810 Plaza Boulevard  
Lancaster, PA 17601

Oficina de Ephrata:  
561 W. Trout Run Road  
Ephrata, PA 17522

Oficina 717-394-5088  
Fax 717-394-5590

Oficina 717-733-4891  
[www.lancasterent.com](http://www.lancasterent.com)

**Especialistas certificados en oído, nariz y garganta**

representante con poder notarial (POA, según sus siglas en inglés). Si el representante con poder notarial ha completado todos los trámites necesarios y ha designado a otra persona o centro de tratamiento para que consienta el tratamiento médico en su ausencia, el representante no necesita estar presente.

- **Consentimiento para el tratamiento (menor)** - Los tutores, padres de crianza y todas las personas sin lazos biológicos que traigan a un paciente menor a su cita deberán presentar órdenes judiciales y/u otra documentación que demuestre que se les ha dado autoridad para dar su consentimiento para el tratamiento médico del paciente menor. Comuníquese con la oficina antes de la cita para hacer arreglos para obtener toda la documentación requerida.

Antes de la cita, verifique que hayamos recibido su documentación completa. Si no completa la documentación o si no proporciona la documentación apropiada, puede ser necesario reprogramar la cita.

- **Padres divorciados/separados de pacientes menores** - El padre que consiente el tratamiento del menor es responsable del pago de los servicios prestados. La OPL no participará en ninguna controversia por separación, divorcio o custodia.
- **Cobro** - Usted es responsable del pago oportuno de su cuenta. Si fuera necesario hacer uso de los servicios de una agencia externa para cobrar su pago, usted será responsable de los honorarios asociados con ella.

Al firmar a continuación, estoy autorizando el pago de beneficios médicos a Otolaryngology Physicians of Lancaster para todos los servicios prestados. Entiendo que soy responsable del pago de todos los servicios prestados que no están cubiertos por mi seguro. Autorizo a Otolaryngology Physicians of Lancaster a divulgar información sobre mi atención médica, tratamientos o prestaciones a mi compañía de seguros. Esta información se utilizará con fines de evaluación y pago de reclamaciones.

Además, usted está de acuerdo con que, para que podamos dar servicio a su cuenta o realizar el cobro de dinero que usted pueda deber, Otolaryngology Physicians of Lancaster o nuestros agentes puedan comunicarse con usted por teléfono a cualquier número de teléfono asociado con su cuenta, incluidos números de telefonía inalámbrica, lo cual podría resultar en cargos a su cuenta. También podemos ponernos en contacto con usted mediante el envío de mensajes de texto o correos electrónicos utilizando cualquier dirección de correo electrónico que nos proporcione para usar. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabados/artificiales y/o el uso de un dispositivo de marcación automática según corresponda.

He/Hemos leído esta información y estamos de acuerdo en que Otolaryngology Physicians of Lancaster, sus empleados y/o agentes pueden ponerse en contacto conmigo/nosotros, según se describió anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Utilice la siguiente sección si está firmando en nombre de un menor o como un tutor legal**

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/tutor legal en letra imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha