



Jorge Contreras, M.D. Gary Nanez, M.D.
5959 Gateway West, Suite 160 El Paso, TX 79925
(915)779-5866 • Fax: (915)283-4128

Pólizas de la Oficina

Seguros Médicos:

- Este familiarizado con los requisitos de su plan de seguro antes de ver a su doctor.
- Asegúrese de saber si su plan de seguro requiere que obtenga una referencia y autorización de su doctor primario antes de ver su especialista.
- Tome en cuenta los requisitos de su plan de seguro para el pago del CGN EL PASO EAR, NOSE & THROAT, PLLC, sus copagos y los deducibles.

Entienda que servicios no pagados por su plan, debido a la falta de cumplimiento con los requisitos solicitados por su seguro, serán su responsabilidad de pagar acuerdo con su póliza de seguro.

_____ ** Los copagos, deducibles y coseguros deben cobrarse antes de que se presten los servicios. Aceptamos efectivo, cheques, Visa, MasterCard, Discover, American Express y Care Credit. Todos los servicios médicos prestados se cobran directamente al paciente o responsable. Si nuestro médico tiene contrato con su compañía de seguros, aceptaremos su tarifa negociada por los cargos facturados. Sin embargo, **usted será responsable de cualquier saldo que se considere responsabilidad del paciente/no pagadero/no cubierto por su seguro y facturado en consecuencia.** Se espera el pago completo al recibir el estado de cuenta o se deben hacer arreglos de pago en nuestra oficina de facturación. **Tendremos que reprogramar su cita si los saldos vencidos no se pagan en su totalidad antes del momento de su cita.**

_____ **Póliza de Referencia y Autorización:** Entiendo que es mi responsabilidad como paciente obtener una referencia y autorización de mi doctor primario si mi plan de seguro lo requiere. Si no obtengo una referencia y autorización, los cargos se cobran directamente a mí y mi cita será reprogramada hasta que obtenga estos documentos.

_____ **Póliza de tarjeta de seguro e identificación:** Si no trae su tarjeta de seguro médico válida y una identificación estatal, federal o pasaporte válida, su cita será reprogramada. Es responsabilidad del paciente proporcionar a CGN EL PASO EAR, NOSE & THROAT, PLLC. con toda su información de seguro vigente. Ocultar información de seguros relevante para el proceso de reclamos de seguros a las agencias correctas puede constituir un acto fraudulento y puede ser sancionado por la ley.

_____ **Póliza de formas externas:** Formas externas llenadas por la oficina tendrán un cobro de \$30.00. Por ejemplo: formas requeridas por su seguro, formas de discapacidad y cualquier otra forma médica. **Puede tardar se hasta 2 semanas para llenar las formas. El pago de las formas Se requiere el momento en que las deja.**

_____ **Política de cancelación el mismo día/no presentación:** Hay un cargo de \$30.00 por no presentación o cancelación el mismo día que se debe pagar antes de la próxima cita o no se atenderá al paciente. Después de 3 ausencias, el paciente será dado de alta de la práctica.

He leído estas pólizas, y aseguro que estoy de acuerdo, y que entendió sus términos

Firma del paciente/Responsable

Fecha

Nombre del paciente y fecha y nacimiento