

# AARON S. BRANSKY, MD, PA

6309 PRESTON ROAD, SUITE 1200 PLANO, TEXAS 75024 ▪ 972-612-3965 ▪ FAX 972-618-4219

## POLITICA FINANCIERA Y ACUERDO

Nombre del Paciente: Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

Esta práctica proveera servicio médicos a todos los pacientes independientemente de la cobertura de seguros. Esta política sirve para ayudarle entender sus obligaciones financieras a esta práctica.

### SEGURO

Esta práctica acepta todas las formas de seguro y funciona con todos los principales planes de seguros excepto Medicaid. Sin embargo, esta práctica no tiene un contrato con cualquier compañías de seguros excepto Medicare y compensación para trabajadores. Por lo tanto, debemos hacer hincapié en que su política es un acuerdo entre usted y su compañía de seguros. Todos los gastos de servicios médicos siguen siendo estrictamente su responsabilidad desde la fecha los servicios se proporcionan.

Un reclamación de los servicios proporcionado por el Dr. Bransky se presentará a su portador de seguro incluso si no participamos en su plan en particular. Todas las compañías de seguros tienen un programa de honorarios (como: cargos permitidos, usuales y habitual, en red, etc.) específico para su plan particular. Reclamos son pagados en su totalidad o en parte como resultado de este programa de honorarios. Nuestros honorarios pueden ser más que los pagos realizados por compañía de seguros. Por lo tanto, cualquier equilibrio no cubierto por la compañía de seguros, incluso pero no limitado con co-pagos, deductibles, y coaseguro, permanece la responsabilidad del paciente. No consideramos los pago realizados por compañía de seguros como el pago en su totalidad.

### PACIENTES SIN SEGURO Y PACIENTES CON MEDICAID

Si no tienen seguro médico, o llevar seguro de Medicaid, nuestra oficina de facturación estará encantado de ayudarle a establecer un plan de pago.

### PROCESO DE FACTURACIÓN

Facturas de paciente se envían cada 30 días en o cerca del 15 de cada mes. Si usted tiene aseguranza medica, su seguro le enviará su primer factura y el recibo de el pago efectuado por ellos, una vez que recibamos la notificación de que su aseguranza medica ha tramitado la reclamación y/o que hemos recibido un pago de su compañía de seguros (Esto es por lo general entre 30 y 45 días desde la fecha de servicio).

### PAGO PARA LOS SERVICIOS LLEVADOS A CABO

A menos que un "Plan de Pago" se halla firmado y establecido con nuestro departamento de facturación, pago completo debe ser realizado dentro de los 30 días de la fecha de la factura inicial. Cualquier cantidad pagada que es menor que el saldo total debida será considerado como pago parcial, incluso si eso no se indica en su factura.

Nombre en la tarjeta: \_\_\_\_\_ Circulo tipo de tarjeta: MC Visa Discover  
Numero de la tarjeta: \_\_\_\_\_ Expiración: \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Observe Por Favor:

- Todos los balances no pagados dentro de los 30 días siguientes a la fecha de la factura inicial puede ser cargada interés determinado de 1.39% por mes y cualquier cortesía descuentos ofrecidos se puede quitar .
- Los cheques devueltos por su banco están conforme a un honorario de proceso de \$25.
- El abajo firmante acepta irrevocablemente que cualquier saldo pendiente después de 90 días puede ser cargado a la tarjeta de crédito/débito proporcionada anteriormente
- Todos las cuentas con un saldo remanente después de 90 días o más puede ser enviado a una agencia de colección y con el tiempo, informó al Servicio de Impuestos Internos (IRS) como su ingreso tributable. Si su cuenta es enviado a una agencia de cobros, usted será financieramente responsable de todos los gastos de recaudación y los honorarios de abogados incurridos en la colección del saldo insoluto.

# AARON S. BRANSKY, MD, PA

6309 PRESTON ROAD, SUITE 1200 PLANO, TEXAS 75024 ▪ 972-612-3965 ▪ FAX 972-618-4219

- Vamos a utilizar todos los medios que han proporcionado y/o disponible a través de los registro público, que incluyen pero no se limitan a los números de teléfono, direcciones de correo electrónico, y sitios web de redes sociales, con el fin de que puedan ponerse en contacto con usted en relación con su cuenta.

## OTRAS CUENTAS

Cargos de nuestra oficina son independientes de los que puede recibir del hospital, anestesista, y / u otros proveedores.

## RECONOCIMIENTO DE LA POLITICA FINANCIERA

He leído y entendido completamente que la política financiera y el acuerdo dispuestos y convengo sus términos y condiciones.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso

\_\_\_\_\_  
Fecha