



## POLITICA FINANCIERA QUIRÚRGICA

Su médico ha recomendado cirugía para el tratamiento de su condición ortopédica. Si usted elige continuar con la cirugía, el personal contestará cualquier pregunta que usted tenga acerca de su cirugía.

**Estimaciones de Prepago** Como usted sabe, la mayoría de los planes de seguro medico requieren que usted pague un deducible o un co-pago/co-seguro. Requerimos que usted pague su deducible, co-pago, co-seguro, o cualquier otro requisito incurrido, para su cirugía *por adelantado*. El prepago es una estimación, una vez el reclamo sea procesado por su plan de seguro medico, la cuenta final quizás puede ser más o menos de lo estimado. Para su conveniencia, los pagos pueden ser hechos en efectivo, cheque, tarjeta de crédito, o con giro postal. Si es necesario, podemos establecer un plan de pago para usted.

**Cirujano Asistente** Para asegurar que usted reciba el mejor cuidado y tratamiento posible, un cirujano asistente, u otro proveedor quizás asista a su cirujano durante su procedimiento. Los cargos de un cirujano asistente son similares a los cargos del cirujano; sin embargo los cargos son separados de los cargos del cirujano. Usted quizás contraiga costos adicionales, según cómo su plan de seguro procese los cargos del cirujano asistente.

**Otros Cargos** Esté enterado que quizás haya cargos de otros proveedores implicados en su cirugía, como del hospital, el anesthesiólogo, el laboratorio, y fabricante de los implantes si estos son requeridos en su cirugía. Recomendamos que usted contacte su plan de seguro medico antes de su cirugía para verificar que estos proveedores y sus servicios sean cubiertos por su plan de seguro.

**Beneficios** Algunos procedimientos, como navegación o mapeo por computadora, puede que no sean cubiertos por su plan de seguro medico. Por favor revise con cuidado los documentos de la política de su plan de seguro. Cuando usted recibe algún procedimiento o servicio que no es cubierto por su plan de seguro, usted es responsable del costo de ese procedimiento.

**El Período Global** Un período global" de 0, 10, o 90 días pueden ser asignados a su cirugía. El período global quirúrgico incluye las visitas para el seguimiento clínico sencillo. Sin embargo usted todavía quizás contraiga costos durante su período global por complicaciones posoperativas, servicios no relacionados a la cirugía, radiografías, yeso o tablillas, inyecciones y algunos suministros que no son incluidos en el período global.

**Preguntas adicionales** Nuestro departamento que factura le contactará para repasar los beneficios de su plan de seguro y para darle el estimado de prepago. Nuestro coordinador de la cirugía verificará sus beneficios y pre certifica/pre autoriza su cirugía con su plan de seguro, si es necesario.

**Declaración** Los Doctores Andrew Ebert, E. Matthew Heinrich, Robert Josey, L. Edward Seade, Gregg Vagner, y David Dodgin son en parte propietarios del centro quirúrgico Hyde Park Surgery Center. Y el Dr. Robert Josey, E Mathew Heinrich, David Dodgin, y Andrew Ebert es en parte propietario del hospital Westlake. La remuneración recibida por los médicos propietarios del hospital y el centro quirúrgico se relaciona al interés de la propiedad de cada médico.

Cualquier pregunta que llegue a tener o cualquier duda que tenga acerca de su cirugía, por favor llámenos:

**Coordinador quirúrgico**, favor de llamar al 512.476.2830 ext. 284

**Departamento de facturas**, favor de llamar al 512.476.2830 ext. 285

### Su firma es requerida antes de la cirugía

1. Comprendo que el pre pago de la cirugía es solo una estimación, y la cuenta final quizás sea más o menos de lo estimado; Seré responsable de cualquier balance restante una vez que el reclamo sea procesado por mi plan de seguro medico
2. Comprendo que es mi responsabilidad el informar a Orthopaedic Specialists of Austin de cualquier cambio con respecto a mi cobertura de seguro medico y que al no cumplir con esta responsabilidad pueda resultar en que yo sea responsable por el pago en su totalidad.
3. Al firmar abajo usted indica que ha recibido una copia de este acuerdo que comprende y acepta estos los términos.

\_\_\_\_\_  
Nombre de Paciente (Legible)

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente o Partido Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

Rev 011210