CONDICIONES DE TRATAMIENTO

Gracias por elegir Bend Dermatology Clinic (“Práctica”, “nosotros”, “nuestro”) como su proveedor de atención médica. Nuestra principal preocupación es que reciba el tratamiento adecuado y óptimo necesario para restaurar y mantener su salud. Este documento de Condiciones de Tratamiento describe varias de nuestras políticas que le afectan, así como las certificaciones y consentimientos que usted nos proporciona que nos permite utilizar su información para varios fines que forman parte de nuestra relación con usted. Por lo tanto, si tiene alguna pregunta ó inquietud sobre alguna de las políticas, certificaciones o consentimientos que se incluyen a continuación, no dude en consultar a nuestro personal.

1. POLÍTICA FINANCIERA:

- El reclamo será presentado a su seguro como cortesía hacia usted; sin embargo, usted es responsable por toda la factura. **Todos los copagos, deducibles no cubiertos y otros servicios que son la responsabilidad del paciente deben pagarse en el momento de la visita.** Si su compañía de seguros aplica los cargos facturados a su deducible, niega los servicios o considera que los servicios no están cubiertos, usted es responsable por el pago del servicio. **Si no tiene seguro, se espera el pago completo en el momento de la visita.** El costo final no está completo hasta que se revise la precisión de la documentación completa de esa visita. Cualquier precio que se le cotice antes de su visita o en el mostrador a la salida después de su visita son estimaciones. Nos esforzamos por asegurarnos de que todos los cargos se contabilicen en el momento del pago, sin embargo, la facturación completa puede diferir de esa estimación.
- En el evento de que su compañía de seguros no pague el reclamo dentro de un tiempo razonable (45 días) entonces usted puede ser responsable por la factura. Si pago del garante no es recibido dentro de un periodo de tiempo razonable, o si recibimos correo devuelto como imposible de entregar, colocaremos su cuenta con una agencia de cobros.
- Si su plan de seguro requiere una remisión o autorización previa, debe presentarla junto con su identificación de seguro en cada visita. Si no tiene la remisión cuando llegue a su cita, el pago total de la visita se convierte en su responsabilidad.
- Es la política de esta oficina que el adulto que presenta un niño(a)/menor para tratamiento es responsable del pago.
- Se requiere un aviso de 24 horas para cancelaciones. Un cargo puede ser cobrado por visitas perdidas y se cobrará el precio total de procedimientos a laser o cosméticos si no se proporciona un aviso de 24 horas.
- Procedimientos cosméticos no se facturarán al seguro y el costo del procedimiento se deberá pagar al momento del servicio. Su proveedor medico determinará si los procedimientos son cosméticos o médicamente necesarios.

El tratamiento de afecciones de la piel depende del tipo y la ubicación del crecimiento y los síntomas que usted tiene. Su proveedor hablara con usted sobre las opciones de tratamiento

más adecuadas. Las formas de tratamiento más comunes incluyen:

Curetaje es el proceso de raspar piel con un instrumento quirúrgico afilado para eliminar tejido de la piel.

Afeitado o escisión tangencial es la eliminación horizontal de una lesión.

Escisión Quirúrgica requiere inyección de un anestésico local seguido por un corte en la piel usando un instrumento quirúrgico, la eliminación del crecimiento y cerrando la herida.

Criocirugía es el proceso de destruir tejido de la piel congelándola usando nitrógeno líquido en aerosol. Este es un tratamiento común para verrugas y lesiones precancerosas.

Cirugía laser usa un rayo de luz intenso para quemar y destruir tejido.

Visitas múltiples para criocirugía y cirugía laser muchas veces son requeridas. Esto es especialmente cierto para el tratamiento de las verrugas. Cada visita es facturada por separado. *Los siguientes montos no son cargos totales pero montos usualmente aplicados a su deducible y lo que le cobraremos hoy si su deducible no ha sido alcanzado.*

Visitas al Consultorio

Paciente Nuevo \$110.00

Paciente Establecido \$ 95.00

Biopsias

\$80.00 - \$115.00 *inicialmente*

\$50.00 - \$60.00 *por cada biopsia adicional*

Escisión \$395.00 - \$500.00

Destrucción de Lesión \$50.00 - \$110.00

Patología – Requerido en toda biopsias y eliminación de lesiones \$75.00 - \$90.00

MOHS \$970.00 - \$1,225.00

Su proveedor es requerido mandar biopsias y eliminación de lesiones a un laboratorio de servicios de patología donde un patólogo leerá las muestras de tejido. Usted recibirá una factura por separado para esos servicios. Usamos un laboratorio de nuestra elección, a menos de que solicite otro en el momento del servicio.

2. **ACUERDO FINANCIERO:** El infrascrito en consideración de los servicios que se le brindarán al paciente está obligado a pagar la Práctica de acuerdo con sus tarifas y términos regulares, y si la cuenta se refiere a un abogado o agencia de cobros, a pagar honorarios razonables de abogado y gastos de cobranza. El infrascrito asigna a la práctica médica todos los beneficios del seguro por los servicios prestados. El infrascrito acepta ser responsable de los cargos no cubiertos por el seguro. Se entiende que la

obligación de pagar a la Práctica no se puede diferir por ningún motivo, incluidas las acciones legales pendientes contra otras partes para recuperar costos médicos.

3. CERTIFICACION DEL PACIENTE, AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION Y PEDIDOS DE PAGO: Yo certifico que la información proporcionada por mí al solicitar pago bajo el Título XVIII de la Ley del Seguro Social (Medicare) es correcta. Yo autorizo a cualquier poseedor de información médica u otra sobre mí a divulgarla a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios o aseguradora cualquier información necesaria para este reclamo o cualquier reclamo a Medicare relacionado. Solicito que el pago de beneficios asignados se hagan en mi nombre.

4. CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIONES POR CORREO ELECTRÓNICO, LLAMADAS Y TEXTO: Estos mensajes no incluirán Información Medica Protegida (PHI) o información clínica. Si en cualquier momento usted proporciona una dirección de correo electrónico o un número de teléfono residencial o inalámbrico/móvil a la Práctica, usted está dando su consentimiento previo por escrito para recibir correos electrónicos, llamadas y mensajes de texto para comunicaciones relacionadas con el servicio a esto(s) correo(s) electrónico(s) y número(s) de teléfono. Correos electrónicos, mensajes de voz o mensajes de texto tienen riesgos de privacidad inherentes, especialmente cuando el acceso a su computador o dispositivo móvil no está protegido con una contraseña, es compartido con otros, o acceso es proporcionado por su empleador o una instalación publica. Adicionalmente, al dar su consentimiento para recibir correos electrónicos, llamadas y/o mensajes de texto de la Práctica, usted entiende y reconoce que las comunicaciones transmitidas a través de correo electrónico sin cifrar o mediante mensajes de texto a través de una red abierta no son seguros y pueden ser accedidos por un tercero no autorizado en tránsito. Por favor no envíe ninguna información que se considere especialmente confidencial a través de estos canales de comunicación (por ejemplo, información de diagnóstico médico, historial de salud personal), ya que puede ser recibida o accedida por destinatarios no deseados, interceptada, alterada o utilizada sin autorización o detección. Usted puede notificar a la Práctica si usted desea optar por no recibir ciertos mensajes de correo electrónico, llamada y mensajes de texto. Por favor comprenda que puede continuar recibiendo comunicaciones de servicios por medio de correo electrónico para que podamos cumplir con una solicitud o comunicarnos con usted acerca de su cuenta. Adicionalmente, nosotros aun podemos responder a cualquier comunicación que inicie y nos envíe usted, incluyendo por teléfono o mensaje de texto para poderle responder a su solicitud o pregunta incluso si usted previamente nos ha dicho que usted no desea ser contactado usando estos métodos de comunicación.

- Tarifas para mensajes y datos pueden ser aplicadas.
- Por favor tenga en cuenta que los mensajes no están cifrados y mensajes no cifrados, incluyendo correos electrónicos y textos, pueden ser interceptados o recibidos por terceros no deseados, y/o almacenados o archivados por proveedores de servicios y operadores del sistema.
- Usted certifica que es el usuario y/o el suscripto de cualquier correo electrónico o número telefónico que usted proporcione a la Práctica y acepta responsabilidad por correos electrónicos, llamadas y textos enviados hacia o de esta dirección o número. Usted acepta notificar a la Práctica por escrito en el evento de que su dirección de correo electrónico o número de teléfono cambie.

Comunicaciones Relacionadas a los Servicios: Comunicaciones relacionadas a los servicios que usted aprueba recibir incluye pero no se limita a comunicaciones relacionadas a cobros y pagos

por productos y servicios, recordatorios de citas, y otras comunicaciones de atención médica y comunicaciones sobre su afección, cuidado médico, tratamiento, remisión o cita(s).

Al firmar abajo, usted certifica que es el usuario y/o suscriptor del correo electrónico y/o número móvil previamente recibidos, y acepta responsabilidad total de los correos electrónicos y/o mensajes de texto enviado desde o hacia esta dirección o número. Usted acepta notificar a la Práctica por escrito en el evento de que su dirección de correo electrónico o teléfono móvil cambie.

Puede haber un retraso al responder a sus mensajes; por lo tanto, si usted tiene una situación urgente, no debe confiar en mensajes enviados a la Práctica para solicitar asistencia, en cambio debe buscar asistencia por medios de acuerdo con sus necesidades (por ejemplo, comunicándose con su proveedor médico/equipo de atención directamente o llamando al 911.)

En la medida permitida por la ley, por la presente usted acepta eximir de toda responsabilidad a la Práctica y sus afiliados de cualquier reclamo y obligaciones que surjan o estén relacionadas con correos electrónicos o mensajes de texto enviados a la dirección de correo electrónico y/o número previamente proporcionado.

Yo he leído y entiendo por completo las Condiciones de Tratamiento anteriores y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas.

Firma del paciente (o representante legal)

Fecha

Dirección de Correo Electrónico: _____

Teléfono: _____

Si no es el paciente:

Relación del Representante

Razón el individual no puede firmar (por ejemplo, menor de edad o legalmente incompetente, etc.)