



Responsabilidad Financiera del Paciente – 2026

- Nuestra práctica está comprometida a brindar atención quirúrgica excepcional y una experiencia sobresaliente al paciente. Para lograrlo, consideramos a nuestros pacientes como socios tanto en su atención médica como en su responsabilidad financiera. Al recibir servicios de **Dr. Zahiri y/o EliteCare Surgical Specialists**, usted reconoce que está celebrando un acuerdo tanto clínico como financiero con nuestra práctica.
 - Los términos de nuestro acuerdo financiero son los siguientes:
-

Requisito de Identificación

- Para garantizar su seguridad y proteger la integridad de su atención, deberá presentar una identificación válida con fotografía emitida por el gobierno (licencia de conducir, pasaporte, etc.) que refleje su dirección residencial actual y dirección postal completa si es diferente.
 - Su identificación será escaneada y almacenada de forma segura en su expediente médico electrónico.
 - **NOTA: NUNCA ALMACENAMOS SU INFORMACIÓN PERSONAL FUERA DE NUESTRO SISTEMA SEGURO DE HISTORIAL MÉDICO ELECTRÓNICO.**
-

Requisito de Tarjeta de Crédito en Archivo

- Usted acepta mantener una tarjeta de crédito válida en archivo durante toda la duración de su atención con *EliteCare Surgical Specialists*.
- La dirección de facturación asociada con la tarjeta debe coincidir con la dirección que figura en su identificación oficial.



- Esta tarjeta servirá como su método preferido de pago para cualquier saldo pendiente, deducibles, coseguros, copagos, depósitos, cargos por inasistencia u otros cargos adeudados a la práctica.
 - Realizaremos esfuerzos razonables para notificarle cualquier saldo pendiente utilizando la información de contacto proporcionada. Sin embargo, usted autoriza a *EliteCare Surgical Specialists* a cargar a su tarjeta en archivo cualquier saldo vencido sin requerir autorización adicional.
 - En caso de disputa con su compañía de tarjeta de crédito, usted reconoce que podremos divulgar la documentación médica y financiera pertinente, según lo permita la ley, para respaldar los servicios prestados y recuperar el saldo adeudado.
-

Política de Tarjeta de Terceros

- Si una persona distinta al paciente desea colocar una tarjeta de crédito o débito en archivo para esta cuenta, dicha persona deberá presentar una identificación válida con fotografía emitida por el gobierno.
 - El nombre y la dirección de facturación en la identificación deben coincidir exactamente con los asociados a la tarjeta.
 - El titular de la tarjeta deberá firmar una autorización por escrito aceptando la responsabilidad financiera por los cargos incurridos y el cumplimiento de las políticas financieras de la práctica.
-

Cargo por Procesamiento de Tarjeta

- Se añadirá un cargo del **2.99%** a todos los pagos realizados con tarjeta de crédito. Este cargo refleja los costos de procesamiento incurridos por nuestra oficina.
 - Se aceptan cheques y efectivo sin cargos adicionales.
-



Responsabilidad del Seguro Médico

- Usted acepta hacer todo lo posible por comprender los beneficios de su plan de seguro, incluyendo verificar que *EliteCare* Surgical Specialists, sus cirujanos y servicios estén cubiertos por su plan.
- Presentaremos reclamaciones a su compañía de seguro como cortesía.
- Independientemente de la cobertura del seguro, usted es responsable de todos los cargos incurridos, incluyendo deducibles, coseguros, copagos y servicios no cubiertos. Las reclamaciones no pagadas después de 60 días serán su responsabilidad y podrán facturarse directamente o cargarse a su tarjeta en archivo.
- Si su seguro retrasa el pago, usted deberá efectuar el pago y solicitar el reembolso directamente a su aseguradora si corresponde.
- Facturamos únicamente los montos contractualmente permitidos por cada aseguradora.
- Si somos considerados fuera de la red (out-of-network), presentaremos las reclamaciones como cortesía; sin embargo, usted será responsable de cualquier saldo no pagado dentro de 60 días.
- Usted se compromete a notificar inmediatamente cualquier cambio en su cobertura de seguro, autorizaciones o requisitos de referencia. De lo contrario, podrá ser facturado directamente.

Referencias y Servicios Externos

- Si su cirujano lo refiere a otro especialista o a estudios adicionales (laboratorios, imágenes u otros procedimientos), es su responsabilidad verificar la cobertura con su aseguradora.
 - *EliteCare* Surgical Specialists no será responsable por cargos incurridos con proveedores que no estén contratados con su seguro.
-



Términos de Pago

- Salvo acuerdo previo, los pagos por servicios en consulta (copagos, deducibles y coseguros) son exigibles en el momento del servicio.
 - Aceptamos VISA, MasterCard, American Express, efectivo y cheque.
-

Pacientes sin Seguro / Pago Directo

- Si no cuenta con seguro, acepta cumplir con nuestra Política de Pago Directo.
 - Los pacientes nuevos sin seguro deberán pagar la tarifa completa de consulta de \$350 en la visita inicial.
 - Visitas adicionales pueden generar cargos adicionales si se requieren múltiples consultas.
 - Las visitas postoperatorias rutinarias incluidas en el paquete quirúrgico no se facturan por separado.
-

Facturación y Cobranza

- Se le asignará un número de cuenta para facturación.
- Se genera un estado de cuenta después de cada visita.
- Los saldos impagos después de 30 días estarán sujetos a un cargo por mora del **1.5%** mensual.
- Las cuentas enviadas a cobranza podrán incurrir en un cargo adicional del **30%** sobre el saldo total.
- Se aplicará un cargo de **\$35.00** por cheques devueltos.
- Se aplicará un cargo de **\$25.00** por completar formularios FMLA perioperatorios.



- Se aplicará un cargo de **\$25.00** por la obtención completa de expedientes médicos hospitalarios externos.
-

Privacidad

- *EliteCare* Surgical Specialists cumple con las regulaciones de HIPAA. Su información personal, médica y financiera podrá compartirse con terceros según lo permita la ley para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.
-

Política de Cancelación / Inasistencia

- Las citas deben cancelarse con al menos 24 horas de anticipación por teléfono, correo electrónico o portal del paciente.
 - La falta de asistencia sin previo aviso puede resultar en un cargo por cancelación tardía o inasistencia de hasta **\$50** por evento.
 - El cargo podrá ser exonerado a discreción de la práctica si el paciente proporciona una razón válida y comunicación oportuna.
-



Reconocimiento y Firmas

- Declaro que he leído, entiendo y acepto las políticas financieras anteriores y asumo la responsabilidad financiera correspondiente.
 - **Nombre del Paciente (en letra de molde):** _____
 - **Fecha de Nacimiento:** _____
 - **Firma del Paciente o Tutor Legal:** _____
 - **Fecha:** _____
-

Persona Financieramente Responsable (si es diferente al paciente)

- **Nombre en letra de molde:** _____
 - **Relación con el paciente:** _____
 - Acepto la responsabilidad financiera por todos los cargos asociados con esta cuenta y me comprometo a cumplir con las políticas financieras de la práctica.
 - **Firma:** _____
 - **Fecha:** _____
-



Autorización de Titular de Tarjeta (si aplica)

- **Nombre del Titular de la Tarjeta (en letra de molde):** _____
- **Relación con el paciente (si aplica):** _____
- Autorizo a *EliteCare* Surgical Specialists a mantener mi tarjeta en archivo y a cargar cualquier saldo adeudado conforme a las políticas financieras descritas anteriormente.
- **Firma del Titular:** _____
- **Fecha:** _____