

## **Women's Healthcare Center**

### **Nuevas políticas de práctica. Efectivo 5/16/05**

La siguiente es para informar que nuestra práctica solamente atenderá pacientes con el seguro IDPA bajo las siguientes condiciones y circunstancias:

1. Si usted se está atendiendo por embarazo.
2. Si usted es paciente del Dr. Chatterji usted puede ser atendida para cualquier condición de Ginecología.
3. El Dr. Lamoutte, no atenderá más pacientes de IDPA con condiciones ginecológicas.

Entienda que nuestra oficina no reclamará a las compañías de seguro secundarios y es responsabilidad del paciente pagar cualquier balance pendiente. Si usted tiene un seguro secundario, y decide reclamarles el reembolso, es su responsabilidad de comunicarse con nuestra oficina de cobro para solicitar la forma apropiada para someter a su seguro secundario.

Disculpen por cualquier inconveniente que esto le pueda causar y esperamos seguir atendiendo sus necesidades médicas.

Women's Healthcare Center

## **Women's Healthcare Center**

### **Renuncia A Seguro Médico Secundario**

Entiendo que efectivo del 5/16/05 Women's Healthcare Center no hará reclamo a compañía de seguro médico secundario. Yo seré responsable de pagar cualquier balance pendiente en mi cuenta. Si decido colectar un reembolso a mi seguro médico secundario es mi responsabilidad de someter las formas necesarias a dicho seguro. Entiendo que puedo ponerme en contacto con la oficina de reclamo de Women's Healthcare Center para obtener las formas luego que se haya procesado el reclamo a mi seguro médico primario.

---

### **Notificación de Cirugía:**

Entiendo que mi elegibilidad y beneficios de seguro médico serán investigados antes de cualquier cirugía programada y seré contactado con la cantidad que yo soy responsable de pagar como resultado del deducible de mi seguro, co-seguro o co-pago. Es mi responsabilidad pagar dicha cantidad en un periodo de siete días antes de la fecha en que la cirugía está programada. Entendiendo que la cirugía puede ser reprogramada hasta que cumpla con el pago de la cantidad adeudada o mi obligación financiera con la oficina, Women's Healthcare Center. Entiendo que si cancelo mi cirugía por motivos que no son emergencia en un periodo de siete días o menos antes de la fecha programada para la cirugía, seré responsable de un costo de cancelación de \$500.00 a pagar inmediatamente al momento de cancelar.

---

### **Notificación de Procedimientos de Oficina:**

Entiendo que hay un costo de cancelación de \$100.00 para todo procedimiento en la oficina, incluyendo pero no limitado por; Colposcopia, LEEP, Urodynamics y rehabilitación pélvica de piso. Este costo de cancelación aplica a servicios cancelados por situaciones de no emergencia en un periodo de 48 horas o menos de la hora citada o si no me presento a la hora citada para el procedimiento.

Firma de paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

---

Yo, \_\_\_\_\_, he recibido una copia de las polizas de privacidad del Women's Healthcare Center.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Women's Healthcare Center**  
Raja Chatterji, M.D., F.A.C.O.G. &  
Humberto Lamoutte, M.D., F.A.C.O.G.,

Fecha:

Notificación de Cirugía Programada

Estimado:

La cirugía discutida en su ultima visita ha sido programada para:

Lugar:

Fecha:

Hora:

Nos comunicamos con su compañía de seguro y sus beneficios y elegibilidad fueron verificados. Su compañía de seguro nos indica que debido a su actual deducible, co-seguro o co-pago usted es responsable de \$\_\_\_\_\_.

Esta cantidad se debe pagar a Women's Healthcare Center. Favor de someter dicha cantidad a nuestras oficinas en un periodo de 7 dias antes de la fecha programada para la cirugía. Si este pago no se recibe en el tiempo indicado, la cirugía será reprogramada.

Gracias por su cooperación en este asunto.

Sinceramente,

Women's Healthcare Center