

# Centennial Ob/Gyn

Luis J. López-Benítez, MD, FACOG  
6850 North Durango Drive, Suite 420, Las Vegas, NV 89149  
Tel: (702) 476-1100 Fax: (702) 476-1101

## Política Financiera

Estamos dedicados a proveer el mejor servicio y cuidado médico posible. A la misma vez esperamos su entendimiento en cuanto a su responsabilidad financiera como un elemento esencial de su cuidado y tratamiento médico.

A menos que otros arreglos se hayan hecho de antemano por usted o su plan médico, el pago por cualquier servicio médico se hará por completo al momento del servicio. Para su conveniencia aceptamos la mayoría de las tarjetas de débito, Visa y Master Card.

### Su Plan Médico

- Hemos hecho arreglos previos con muchos planes médicos para aceptar una asignación de beneficios y facturarles como una cortesía con usted. Esto significa que facturaremos a los planes médicos con los que tenemos un acuerdo y solo requeriremos que usted pague el deducible, copago y coseguro (coinsurance) al momento del servicio. La política de esta oficina es coleccionar este dinero cuando usted llegue para su cita.
- Si tiene cobertura médica con un plan con el cual no tenemos un acuerdo previo, los cargos por su cuidado y tratamiento se pagarán al momento del servicio.
- En caso de que su plan médico determine que un servicio “no está cubierto”, usted será responsable por la tarifa negociada por el servicio provisto. Este pago vence tan pronto reciba el estado de cuenta enviado por nuestra oficina.
- Facturaremos a su plan médico por servicios provistos en el hospital. Cualquier balance pendiente es su responsabilidad y debe pagarse tan pronto reciba el estado de cuenta de nuestra oficina.

### Pacientes Menores de Edad

Independientemente del estatus marital de la paciente, el pago de cualquier servicio provisto será responsabilidad del adulto que acompaña al paciente al momento del servicio.

### Requisición de Expediente Médico

De acuerdo a las leyes de Nevada, **Luis López-Benítez, M.D., Ltd. (Centennial Ob/Gyn)**, requiere un permiso escrito para el suministro de cualquier expediente médico. El cargo es de **\$0.60** por página si la copia es dada directamente a la paciente. Si la información es requerida por otra oficina médica, esta será suministrada como una cortesía hacia la paciente sin cargo alguno. Por favor, tome en consideración la información suministrada y permita 2-3 días laborables para poder enviar las copias.

### Ausencia a Citas

En caso de que no cancele su cita con al menos 24 horas de anticipación, será responsable de un cargo de **\$35 por una visita regular** y **\$70 por un procedimiento**. Si no cancela una **cirujía** con al menos 7 días de anticipación, será responsable de un cargo de **\$100**. Este cargo se deberá pagar tan pronto reciba el estado de

cuenta de nuestra oficina. Si falta a 2 citas consecutivas, o muestra un patrón de irresponsabilidad, será dada de alta del cuidado de nuestra práctica.

### **Responsabilidad Financiera**

Todo servicio profesional brindado y facturado a la paciente se debe pagar al momento del servicio, a menos que se haya hecho otro arreglo de antemano con nuestra oficina. Se completaran las formas necesarias para facturar a los distintos planes médicos.

### **Asignación de Beneficios**

Asigno todos los beneficios médicos y quirúrgicos, incluyendo todos los beneficios médicos mayores a los cuales tengo derecho. Autorizo y dirijo a mi plan médico, incluyendo Medicaid, cualquier plan médico privado y cualquier otro plan médico o de salud, a pagar los cheques directamente a favor de **Luis López-Benítez, M.D., Ltd. (Centennial Ob/Gyn)** por servicios médicos brindados a mí o a mis dependientes, independientemente de mis beneficios de acuerdo al plan, si alguno. Entiendo que soy responsable por cualquier cantidad de dinero que no esté cubierta por mi plan médico.

### **Autorización para Emitir Información**

Autorizo a **Luis López-Benítez, M.D., Ltd. (Centennial Ob/Gyn)** a: (1) emitir cualquier información necesaria a los planes médicos con respecto a mi cuidado médico; (2) procesar facturas a dichos planes de acuerdo al curso de examinación y tratamiento médico; y (3) permitir una fotocopia de mi firma para ser usada para propósitos de facturación a los planes médicos de por vida. Esta orden se mantendrá en efecto hasta que sea revocada por mí por escrito.

He requerido servicios médicos de parte de **Luis López-Benítez, M.D., Ltd. (Centennial Ob/Gyn)** para mí y/o mis dependientes, y entiendo que al hacer este pedido, soy responsable financieramente de cualquier cargo incurrido en el curso del tratamiento autorizado.

También me comprometo a ser financieramente responsable por todos los gastos incurridos sin importar mi tipo de cubierta médica. En caso que mi cuenta sea referida a un servicio de colección debido a falta de pago por mi parte, me comprometo a pagar los gastos legales o de colección que se añadan a mi cuenta.

**También entiendo que cualquier factura se tiene que pagar el mismo día en el que se brinda cualquier servicio, y me comprometo a pagar todos estos cargos incurridos inmediatamente y por completo al recibir cualquier estado de cuenta. Una fotocopia de esta asignación es considerada igual de válida como la original. Entiendo y estoy de acuerdo que la práctica puede enmendar estos términos eventualmente. También entiendo que si mi cuenta es referida a un servicio de colección debido a falta de pago de mi parte, me comprometo a pagar todos los cargos legales o de colección que sean añadidos a mi cuenta.**

---

Nombre Impreso de la Paciente

---

Firma de la Paciente  
Revisado 04/09/18

---

Fecha