



1740 St. Julian Place Columbia, SC 29204
Phone: 803-256-3534 Fax: 803-254-7032

J. ROBERT BRENNAN, MD · ERIC HORST, MD · MARJAN KAREGAR, MD · LAURA LABOONE, MD
JANELLE HINSON, PA-C · APRIL INABINET, FNP · MEAGAN COCKFIELD, FNP

Las siguientes polizas se han adoptado para dar a cada paciente nuestra atencion y el tratamiento mas eficaz.
Pedimos su comprension de las polizas.

POLIZAS DE LA PRACTICA:

1. A peticion de los proveedores, se le pide en cada visita la lista de sus medicamentos. Ya que esta lista puede cambiar de una visita a otra, es esencial que usted traiga una lista a cada visita.
2. Usted esta obligado a actualizar su informacion demografica en cada visita. Porfavor diganos si usted a tenido algun cambio y si a tenido laboratorios realizados en otro lugar.
3. Si necesita que le rellenen las recetas, porfavor digale a su doctor en el momento de su visita. Si usted o su representante (miembro de la familia o su farmacia) solicita una receta que no sea en su visita al consultorio, Habra un cargo de \$10 que se aplicara a su cuenta.
4. No siempre es posible que el doctor o enfermera hable con usted inmediatamente. Si usted tiene una emergencia porfavor hanganoslo saber, de lo contrario su llamada sera devuelta como el horario lo permita.
5. Las muestras para el laboratorio o glucometros no pueden ser aceptados por nuestras recepcionistas. Porfavor notifique a la recepcionista y un miembro del laboratorio o enfermera sera llamado para ayudarle.
6. Habra un cargo de \$15-\$25 por conversaciones telefonicas largas y numerosas con el medico. Se le pedira que haga una cita si su llamada telefonica es demasiado larga.
7. Habra un cargo de \$25 por formularios que tengan que ser llenados (Embarazo, FMLA, Licencia CDL, formas de examen medico, etc).
8. Hay un cargo para una copia de su expediente medico. La cantidad total debe pagarse antes de recibir la copia de su expediente.

POLIZAS FINANCIERAS:

1. Todos los copagos, coseguros y saldos anteriores deben ser pagados en completo. Si no paga en completo, se le agregara un cargo de servicio de \$15 a su cuenta y tendremos que darle otra cita para otro dia.
2. Requerimos un aviso de 24 horas para cualquier cita que tenga que ser cancelada or reprogramada. Esto incluye cita para educacion. Requerimos un aviso de 24 horas para cualquier consulta, visita inicial, o cita de procedimiento que tenga que ser cancelada o reprogramada. Si usted no llama para cancelar su cita de educacion o cita se le aplicara un cargo de \$50. Cualquier consulta, primera visita o procedimiento que no sea cancelado o reprogramado en el momento adecuado se le aplicara un cargo de \$100. Se le pedira pagar estos cargos antes de hacer otra cita.
3. Todos los saldos deben ser pagados inmediatamente. Si usted no puede pagar en completo, porfavor llame a nuestra oficina de facturacion para hacer los arreglos financieros. Una tarjeta de credito es necesaria para hacer arreglos de pago y se establecera atravez de un portal en linea seguro para deducir automaticamente de su cuenta.
4. Se le pedira firmar un acuerdo al hacer un plan de pago. Planes de pago son: Menos de \$100, pago de \$50/mes. \$100-\$299, \$75/mes. Mas de \$300, pago de \$100 al mes.
5. Si usted no paga su cuenta, sera enviada a la agencia de coleccion. Despues de ser enviado a la agencia de coleccion dos veces, transferiremos su cuidado de salud a su doctor que lo refirio aqui.
6. Porfavor traiga su tarjeta se aseguransa con usted a cada visita. Si usted tiene aseguransa, pero no puede proporcionar una trajeta valida, usted tendra que pagar en completo hasta que usted traiga su tarjeta. No podremos cobrarle a su aseguransa si pasan mas de 45 dias.

PORFAVOR FIRME Y PONGA LA FECHA INDICANDO QUE USTED ENTIENDE LAS POLIZAS.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____