



## A Woman's View Women's Healthcare

Dr.Katherine Boyd - Aquia Ward, RN, WHNP-BC

### Poliza de La Oficina

Estamos comprometidos a ofrecer a nuestros pacientes con la mejor atención posible. Su clara comprensión de nuestra oficina es importante para nuestra poliza de relación profesional.

**\*PAGOS-** El pago total se debe en el momento que los servicios son prestados (Pago en efectivo, Los Copagos y Deducibles).

**\*INSUFICIENCIA DE FONDOS/ CUENTAS CERRADAS-** Hay cargo agregado de \$ 25 a todos los cheques devueltos. Todas las cuentas de fondos insuficientes seran transmitidas a la Ciudad de Dallas Oficina del Fiscal del Distrito, si no son pagadas en su totalidad dentro de 15 días.

**\*MEDICAID/MEDICARE-** Una forma actual de Medicaid debe ser presentada por cada visita. Visitas sin emergencia se les negará si esta forma no está disponible. **Si Medicaid/Medicare no cubren los Exámenes Anuals de Mujer usted sera responsable para los servicios que usted recibe.** Yo entiendo que la Dr. Katherine Boyd & Aquia Ward, me aceptan como paciente privado de pago, y se que soy responsable de pagar por cualquier servicio que yo reciba.

**\*ASEGURANZA-**Tarjetas de seguro deben de ser presentadas por cada visita, si usted no puede presentar su tarjeta usted será responsable por los servicios prestados en ese día si la aseguranza le ha negado o esta vencida. La oficina sólo está responsable para la presentación de reclamaciones a las aseguranzas contratadas con la Dr.Boyd. Nosotros vamos a presentar reclamaciones como una forma cortesía sin embargo, no nos involucramos en cualquier litigio entre la compañía de seguros y el miembro. **TODOS LOS PACIENTES DEBEN TENER SU TARJETA DE ASEGURANZA** para poder usar sus beneficios.

**\*COLLECCIONES-**Todas las cuentas delincuentes seran referidas a una agencia de cobros. En este punto, el paciente deberá ponerse en contacto con la agencia de cobranza para el pago.

**\*CUOTA DE NO MOSTRAR-** Si usted no llega a su cita y no cancela en 24 horas, se le cobrara \$50.

*GRACIAS POR SU COMPRESIÓN Y POR ACEPTAR NUESTRA POLIZA.  
NOS COMPLACE QUE USTED ELIGIO DR.BOYD PARA SER SU MÉDICO.*

---

La firma del paciente/ tutor legal del paciente

---

Fecha