



TEXAS ORTHOPEDICS

SPORTS & REHABILITATION ASSOCIATES

A DIVISION OF OrthoLoneStar

FINANCIAL POLICY

The physicians and employees of OrthoLoneStar are dedicated to providing the best possible care to you at the best possible value; therefore, we regard your understanding of our financial policies an essential element of your treatment. Our intent is to be fair, transparent, caring and accessible. If you have any questions, please discuss them with one of our staff members.

Your signature below authorizes the following:

- I/we assign to OrthoLoneStar, PLLC ("OLS") all insurance benefits or Medicare benefits to which it may be entitled for services rendered by its providers and authorize direct payment to the practice. This assignment includes without limitation major medical and disability insurance proceeds and benefits accruing under any settlement, structured or otherwise, or awarded in judgement for personal injury caused by a third party. I/we agree to pay practice for all charges not paid pursuant to this assignment.
- For ERISA, out-of-network, and self-funded plans, I assign and convey directly to OLS, as my designated authorized representative, all insurance reimbursement for services rendered by OLS regardless of network participation status. I authorize OLS and its authorized agents to negotiate, discuss, appeal and, in any other way, communicate with my insurance company to determine final payment for services I received. OLS has full authorization to accept or reject any proposed reimbursement proposal, and to act as necessary to accomplish the final adjudication of any claims. The results of that determination are binding upon me/us.
- Release of pertinent medical information to your insurance carrier(s).
- Administrative charges for completion of forms such as disability and FMLA forms, medical records copies, CDs of images, printed films, or similar items. Please consult with a staff member for these charges.
- If, after all your claims have been paid, the resulting balance is a credit of \$5.00 or less, you will authorize us to write off this balance. Amounts greater than \$5.00 will be refunded to you.
- I/we understand that insurance coverage and verification is not a guarantee of payment. I/we agree that I/we am/are ultimately responsible for any balance due after my insurance has paid or denied my claim(s). I/WE UNDERSTAND THAT I/WE AM/ARE RESPONSIBLE FOR ANY CHARGES IF THE INSURANCE COMPANY DENIES A CLAIM FOR ANY REASON INCLUDING STATING THAT IT IS INVESTIGATIONAL, EXPERIMENTAL, A PRE-EXISTING CONDITION, AUTO RELATED OR ACCIDENT-RELATED WHERE LIABILITY INSURANCE IS INVOLVED, OR ANY OTHER NON-COVERED SERVICE(S).

Responsibilities and acknowledgement of financial policy specifics:

- Please present your insurance card and photo ID at each appointment. Please share address, telephone number and/or insurance information updates any time a change occurs.
- Payment is due at the time of service unless other arrangements have been made in advance. For your convenience, we accept cash, check, and most major credit cards. Other financing options may be available. Please ask our staff about these programs.
- Payment of your deductible and coinsurance will be required for your calculated portion of our fees, based on your insurance contract, in advance of any scheduled surgical procedures and diagnostic testing. Any balance remaining after your health plan pays its portion is your responsibility and payment for balance is due upon notification from our office. Any overpayment will be refunded directly to you.
- You may be asked to put a credit card on file, which will only be charged according to the terms you agree to when placing such card on file. By processing your insurance first, we will only charge you for your exact out-of-pocket responsibility. You will receive notification containing a summary of charges and an estimate of what we believe you will owe. After your insurance has processed your claim, you will receive a second notification informing you of the actual amount you owe and notifying you that your card will be charged. Contact the practice if you have questions once you receive this notification.
- Your insurance is an agreement between you and your insurance company. As a courtesy to you, we will file your insurance claims for you if you assign benefits to the practice. If your insurance does not pay, we will look to you for payment of your balance in full.

- All health plans are not the same and do not cover the same services. If your health plan determines a service to be “not covered”, you will be responsible for the complete charge. Payment is due upon receipt of a statement from our office. You are responsible for knowing and understanding your insurance benefits.
- You will be responsible for promptly responding to your insurance company to provide additional information they may request regarding your treatment, pre-existing conditions, accidents or other insurance coverage. Failure to respond in a timely manner may result in your account becoming due and payable, in full, by you.
- Responsibility for payment for patients who are minors whose parents are divorced rests with the parent who seeks the treatment or the adult accompanying the minor for all services rendered to the minor patients regardless of any court order responsibility judgement.
- Appointment Cancellations within 24 hours of scheduled time may result in a charge.
- Failure to notify us 48 hours before canceling a surgery may result in a charge.
- Returned checks for any reason will result in a charge.
- Some orthopedic supplies are not covered by your insurance, in which case we will require payment at time of service. A deposit will be collected upon receipt of certain Durable Medical Equipment items.
- All HMOs and some PPOs require prior authorization or referral from your primary care physician for each visit. This is your responsibility. IF YOU DO NOT HAVE THIS REFERRAL NUMBER AT THE TIME OF YOUR APPOINTMENT, YOUR BENEFITS MAY BE PAID AT A REDUCED RATE OR NOT PAID AT ALL AND YOU WILL BE RESPONSIBLE FOR THE CHARGES.
- When you are charged a “global” fee for surgery or office care of a fracture, laceration repair, excision of an ingrown toenail, or other medical procedure, that fee includes the service on the day it is performed and routine follow up care as well. The global period ranges from 10 to 90 days depending on the procedure and your health plan. Injections, X-rays, and supplies (such as casting or dressing materials, splints, braces, etc.) are not included in the “global” fee and a charge will be made for these items. Services related to complications are not included in the global fee.
- Please note there are no refunds or returns on all braces/soft goods.
- If you do not pay your balance and we are required to use a third party to collect your balance, an administrative charge of up to 25% of the balance may be added to the amount you owe.

I have read and understand the financial policy outlined above, and I agree to be bound by its terms. I also understand and agree that such terms may be amended from time to time by OLS.

Patient Signature: _____ **Date:** _____

If a patient is a minor (under the age of 18) or incapacitated:

Responsible Party Name: _____ **Relationship to Patient:** _____

Responsible Party Signature: _____ **Date:** _____

Click the link(s) below to be redirected accordingly:

[Texas Orthopedics Home Page](#)

[Texas Orthopedics Forms & Policies](#)





TEXAS ORTHOPEDICS SPORTS & REHABILITATION ASSOCIATES

A DIVISION OF OrthoLoneStar

POLÍTICA FINANCIERA

Los médicos y empleados de OrthoLoneStar están dedicados a brindarle la mejor atención posible al mejor valor posible; por lo tanto, consideramos que su comprensión de nuestras políticas financieras es un elemento esencial de su tratamiento. Nuestra intención es ser justos, transparentes, atentos y accesibles. Si tiene alguna pregunta, por favor, hable con uno de nuestros empleados.

Su firma a continuación autoriza lo siguiente:

- Yo/nosotros asignamos a OrthoLoneStar, PLLC ("OLS") todos los beneficios de seguro o beneficios de Medicare a los que pueda tener derecho por los servicios prestados por sus proveedores y autorizo/autorizamos el pago directo a la práctica. Esta asignación incluye, sin limitación, los ingresos y beneficios del seguro médico y de invalidez mayor devengados en virtud de cualquier liquidación, estructurada o de otra manera, u otorgado por decisión judicial para lesiones personales causadas por terceros. Yo/nosotros estamos de acuerdo en pagarle a la práctica todos los cargos no pagados de conformidad con esta asignación.
- Para los planes ERISA, fuera de la red y autofinanciados, asigno y transmito directamente a OLS, como mi representante autorizado designado, todos los reembolsos de seguros por servicios prestados por OLS, independientemente de la participación en la red. Autorizo a OLS y a sus agentes autorizados a negociar, discutir, apelar y, de cualquier otra manera, comunicarse con mi compañía de seguros para determinar el pago final por los servicios que recibí. OLS tiene plena autorización para aceptar o rechazar cualquier propuesta de reembolso y para actuar según sea necesario para resolver definitivamente cualquier reclamación. Los resultados de esa determinación son vinculantes para mí/nosotros.
- Divulgación de información médica pertinente a su(s) compañía(es) de seguros.
- Cargos administrativos por completar formularios tales como los de discapacidad y FMLA, copias de expedientes médicos, CDs de imágenes, películas impresas o artículos similares. Por favor consulte con un miembro del personal para estos cargos.
- Si, después de que todas sus reclamaciones han sido pagadas, el saldo resultante es un crédito de \$5.00 o menos, usted nos autorizará a cancelar este balance. Las cantidades mayores a \$5.00 se le reembolsarán.
- Yo/ nosotros entendemos que la cobertura del seguro y la verificación no es una garantía de pago. Yo/nosotros estamos de acuerdo que yo/nosotros soy/somos responsables en última instancia de cualquier saldo debido después de que mi seguro haya pagado o negado mi(s) reclamación(es). **ENTIENDO/ENTENDEMOS QUE SOY/SOMOS RESPONSABLES POR CUALQUIER CARGO DENEGADO POR LA COMPAÑIA ASEGURADORA POR CUALQUIER RAZON INCLUYENDO LA DECLARACION QUE EL MISMO SEA PARA FINES INVESTIGATIVOS, EXPERIMENTALES, UNA CONDICION PRE-EXISTENTE, RELACIONADA A ACCIDENTE DE AUTO O SIMILAR DONDE EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD ESTE INVOLUCRADO O CUALQUIER OTRO(S) SERVICIO(S) QUE NO ESTE CUBIERTO.**

Responsabilidades y reconocimiento de las especificaciones de la política financiera:

- Por favor presente su tarjeta de seguro e identificación con foto en cada cita. Por favor, comparta su dirección, número de teléfono y/o información de seguro en cualquier momento que ocurra un cambio.
- El pago es debido al momento que el servicio sea prestado a menos que se hayan hecho otros arreglos por adelantado. Para su conveniencia, aceptamos efectivo, cheques y la mayoría de las principales tarjetas de crédito. Otras opciones de financiación podrían estar disponibles. Por favor pregunte a nuestro personal sobre estos programas.
- El pago de su deducible y coaseguro será requerido para su porción calculada de nuestras tarifas, basado en su contrato de seguro, antes de cualquier procedimiento quirúrgico programado y pruebas de diagnóstico. Cualquier balance restante después de que su plan de salud paga su parte es su responsabilidad y el pago del balance se debe tan pronto reciba notificación de nuestra oficina. Cualquier sobrepago será reembolsado directamente a usted.
- Se le puede pedir que coloque una tarjeta de crédito en el expediente, que sólo se cargará de acuerdo con los términos que usted acepta al colocar dicha tarjeta en el expediente. Al procesar su seguro primero, sólo le cobraremos por la cantidad exacta debida de su responsabilidad de bolsillo. Recibirá una notificación que contiene

un resumen de los cargos y una estimación de lo que creemos que va a deber. Después de que su seguro haya procesado su reclamación, recibirá una segunda notificación informándole de la cantidad real que debe y notificándole que su tarjeta será cargada. Comuníquese con la práctica de tener preguntas una vez que reciba esta notificación.

- Su seguro es un acuerdo entre usted y su compañía de seguros. Como una cortesía hacia usted, presentaremos sus reclamaciones de seguro por usted si asigna beneficios a la práctica. Si su seguro no paga, le cobraremos a usted el balance completo.
- Todos los planes de salud no son iguales ni cubren los mismos servicios. Si su plan de salud determina que un servicio "no está cubierto", usted será responsable del cargo completo. El pago se debe tan pronto reciba un estado de nuestra oficina. Usted es responsable de conocer y entender sus beneficios de seguro.
- Usted será responsable de responder rápidamente a su compañía de seguros para proporcionar información adicional que puedan solicitar con respecto a su tratamiento, condiciones preexistentes, accidentes u otra cobertura de seguro. La falta de respuesta oportuna podría resultar en que su cuenta sea debida y pagadera, en su totalidad, por usted.
- La responsabilidad de pagar por los pacientes menores de edad cuyos padres estén divorciados recae en el progenitor que solicita el tratamiento o en el adulto que acompaña al menor a todos los servicios prestados a los pacientes menores de edad, independientemente de cualquier fallo judicial en materia de responsabilidad.
- Cancelaciones de citas dentro de las 24 horas del tiempo programado podrían resultar en un cargo.
- La falta de notificación 48 horas antes de cancelar una cirugía podría resultar en un cargo.
- Los cheques devueltos por cualquier razón resultarán en un cargo.
- Algunos suministros ortopédicos no están cubiertos por su seguro, en cuyo caso exigiremos el pago al momento que el servicio sea prestado. Se cobrará un depósito al recibir ciertos artículos de Equipo Médico Duradero.
- Todos los HMO y algunos PPOs requieren autorización previa o un referido de su médico de atención primaria para cada visita. Esta es su responsabilidad. SI NO TIENE ESTE NÚMERO DE REFERENCIA EN EL MOMENTO DE SU CITA, SUS BENEFICIOS PODRÍAN SER PAGADOS A UNA TARIFA REDUCIDA O NO PAGADOS EN LO ABSOLUTO Y USTED SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR LOS CARGOS.
- Cuando se le cobra una tarifa "global" para una cirugía o el tratamiento en la oficina de un fractura, reparación de laceración, extirpación de una uña encarnada u otro procedimiento médico, esa tarifa incluye el servicio en el día en que se realiza y al igual que la atención de seguimiento de rutina. El período global varía de 10 a 90 días dependiendo del procedimiento y su plan médico. Las inyecciones, radiografías y suministros (tales como materiales de fundición o vendaje, férulas, aparatos ortopédicos, etc.) no están incluidos en la tarifa "global" y se le cobrará un cargo por estos artículos. Los servicios relacionados con complicaciones no están incluidos en la tarifa global.
- Tenga en cuenta que no habrán reembolsos o devoluciones de todos los tirantes/productos blandos.
- Si usted no paga su balance y se requiere que usemos un tercero para cobrar su saldo, un cargo administrativo de hasta el 25% del saldo a la cantidad que debe podría ser agregado.
-

He leído y comprendido la política financiera esbozada anteriormente, y estoy de acuerdo en atenerme a sus términos. También entiendo y estoy de acuerdo de que OLS podría modificar esos términos de vez en cuando.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Si un paciente es menor de edad (menor de 18 años) o incapacitado:

Nombre de la parte responsable: _____ **Parentesco con el Paciente:** _____

Firma del responsable: _____ **Fecha:** _____

Haga clic en el enlace(s) a continuación para ser redirigido según corresponda:

[Texas Orthopedics Home Page](#)

[Texas Orthopedics Forms & Policies](#)

