



## **OFICINA Y POLÍTICAS FINANCIERAS**

Niños y Adolescentes Wellness Center se dedica a proporcionar a nuestros pacientes la más alta atención médica de calidad. Le pedimos su ayuda mediante la comprensión y la cooperación con nuestra oficina y políticas financieras. Estas políticas protegen nuestra capacidad de proporcionar con éxito el cuidado y la responsabilidad de cumplir con las directrices establecidas por mandato para el paciente seleccionado y contratado las compañías de seguros. Si usted tiene necesidades financieras especiales, por favor háganos saber con anticipación. Su familiaridad con las siguientes declaraciones de política y de su voluntad de cumplir, son imprescindibles para la entrega de nuestra atención pediátrica.

Si usted necesita ayuda o tiene preguntas acerca de los saldos de seguros relacionados, por favor póngase en contacto con nuestro departamento de facturación entre las 8:00 am y 5:00 pm, de Lunes a Viernes al 443-363-1843.

### **POR FAVOR TRAIGA LO SIGUIENTE CON USTED EN CADA VISITA:**

1. Tarjeta actual de su aseguranza
2. Su pago de cobertura y deducibles
3. Foto de Identificación

### **SEGURO:**

- Usted debe tener su tarjeta de seguro actual con usted en cada consulta para que podamos verificar la cobertura del seguro.
- Si usted no tiene una tarjeta de seguro vigente en el momento de la visita, se le considera un paciente auto-pago y el pago se pagará en el momento del servicio (Vea la política de auto-pago más abajo).
- Si el seguro no se puede verificar, se le considera un paciente auto-pago y el pago se pagará en el momento del servicio.
- No vamos a presentar una reclamación de seguro para usted si la cobertura del seguro no puede ser verificada.

Si lo **hacemos** participar con su seguro:

- Vamos a presentar todos los cargos elegibles a su compañía de seguros para el reembolso.
- Copagos, coseguros y deducibles son responsabilidad del paciente

### **Copagos, coseguros, deducibles:**

- **Si el copago no se paga en el momento del servicio, se añadirá un cargo de \$ 20.00 a la cuenta del paciente**
  - **Aceptamos el pago en efectivo, cheque, VISA, MASTERCARD.**
  - **El responsable económicamente debe proporcionar el pago en el momento del servicio, independientemente de quien acompaña al paciente.**

Si **no participan** con su compañía de seguros:

- **No** vamos a presentar una reclamación a su compañía de seguros.
- Pago por servicios **ES** requerido en el momento que los servicios se proporcionan.
- Los pacientes serán provistos de una factura detallada que presente a su compañía de seguros para el reembolso.

### **LOS PACIENTES AUTO-PAGO:**

Si usted **NO** tiene seguro

- Todos los servicios ofrecidos son responsabilidad del paciente / tutor.
- El pago es debido en el momento del servicio o el paciente no puede ser visto.
- Un descuento del 35% se le dará a todos los auto-pago del paciente

Inicial \_\_\_\_\_



### **LOS SALDOS DEL PACIENTE:**

- Declaraciones de los pacientes son enviados como una cortesía y no se requiere el pago.
- Se requieren saldos pendientes en los registros, independientemente de si es o no una declaración ha sido enviado.
- Las compañías de seguros envían pacientes una Explicación de Beneficios que les notifica de su responsabilidad financiera y pagos enviados al proveedor.

### **CARGO POR CHEQUES DEVUELTOS:**

- Existe un cargo por cheque devuelto de \$ 38.00 se cobrará por todos los cheques sin fondos.

### **POLÍTICA DE CANCELACIÓN:**

- Se requiere 24 horas de anticipación si no puede asistir a una cita.
- Existe un cargo por \$ 30.00 si una cita no es cancelada con 24 horas de antelación.

### **Citas perdidas:**

- Existe un cargo de \$ 30.00 por todas las citas perdidas.
- Si haces un "No Show" 3 veces, nos reservamos el derecho de despedir a su familia de la práctica.

### **Llamadas Telefónicas Despues de Horas:**

Después de hora, las llamadas telefónicas se cobrará una cuota de \$ 25.00. Esto incluye llamadas recibidas después de:

- Lunes a viernes después de las 7:00pm
- Domingos después de las 10:30 am
- Sábados (Oficina cerrada) y festivos todo el día

### **COLECCIONES:**

- Si no se realiza un esfuerzo de buena fe para recoger los saldos del paciente, violara los términos y condiciones de los acuerdos de participación de la red en la que hemos participado.
- Los pacientes serán enviados a colecciones si no hay pago en la cuenta por un período de 90 días o si las cantidades mínimas insuficientes se recogen mensualmente.
- Al los 90 días recibirán la notificación de que su equilibrio es pasado y la cuenta está siendo enviada a las colecciones y la familia será dada de alta de la práctica. Los pacientes enviados a las colecciones estaran en riesgo de danar su credito.
  - Estos cargos serán transferidos al elevar el costo debido a nuestra oficina. Es el mejor interés del paciente para hacer pagos rápidos, de rutina para evitar cargos innecesarios.

### **CARGOS DE CUOTA:**

- La cuota para la cumplimentación de los formularios de salud sobre una base por formulario:
  - \$ 5.00 forma de vacunas
  - \$ 10.00 forma de escuela 7-10 días laborales para la terminación
  - \$ 25.00 forma Express

Inicial \_\_\_\_\_



### **REGISTROS MÉDICOS:**

- Todas las solicitudes deben ir acompañadas con un formulario de registro.
- Copia de honorarios incluyen 76 centavos por página y el costo de envío y manipulación.
- Se requiere una cuota de preparación adicional de \$ 22.88 si los registros médicos están siendo enviados a cualquier parte interesada que no sea el paciente o tutor legal. (Este cargo no se puede cargar al paciente)
- Requerimos 7-14 días para la finalización de estas solicitudes.

### **NOMBRAMIENTOS:**

- Visitas y servicios de oficina son sólo cita.
- Cada niño debe tener su propia cita programada con el fin de ser visto.
- Por favor llegue 15 minutos antes de su cita para completar formularios y registros.
- Los pacientes que llegan **10 minutos tarde o más** para su cita serán reprogramados para otro día.
- Llamadas de recordatorio para su cita se proporcionan como cortesía.

### **REFERENCIAS:**

Por favor llame a nuestro coordinador de la remisión por lo menos siete (7) días hábiles de anticipación si usted necesita una referencia o autorización para:

- Especialista
- Servicios de rayos x
- Servicios de imágenes
- Servicios de laboratorio.
- Emergencias serán tratados en consecuencia.
- Es la responsabilidad del paciente estar familiarizado con su compañía de seguro y sus requisitos.

### **Pedidos de Medicamento:**

Requerimos 3 días hábiles para procesar su solicitud para remandar la receta.

- Con el fin de llenar un medicamento el paciente debe haber tenido un examen dentro de los últimos 12 meses.
- Peticiones de recarga realizadas después de las 3:00pm se procesarán el siguiente día hábil.
- Si su solicitud se realiza el Sábado, Domingo o día de fiesta, será procesado el siguiente día hábil.

### **Solicitudes para Medicamento de Asma:**

Requerimos 3 días hábiles para procesar su solicitud para mandar la receta.

- El paciente debe haber sido visto en los últimos 6 meses.
- El paciente debe ser visto en la oficina antes de recibir una receta de esteroides.
- Por favor hable con la recepcionista médica para solicitar una medicación URGENTE.

Inicial \_\_\_\_\_



**Las solicitudes de recarga para sustancias controladas:**

Requerimos 3 días hábiles para procesar su solicitud de recarga.

**PACIENTE debe cumplir con lo siguiente:**

- Su hijo debe haber sido visto en los últimos 3 meses para que las recetas se puedan renovar.
- Debe esperar **25** días antes de solicitar una recarga.
- Si la solicitud para una recarga es mayor de **45** días a partir de la última recarga su hijo/hija tendrá que ser visto antes que una nueva receta se pueda escribir.
- Si la prescripción de su hijo se pierde, **no va a** ser reemplazado antes de que el periodo de renovación de 25 días pase.
- Si la medicación de su hijo/hija a sido robada debe proporcionarle a la oficina con una copia del informe de la policía con el fin de obtener una nueva receta.
- Si usted desea que le enviemos la receta, usted debe proporcionar la oficina con el sobre franqueado con su dirección ☺

**\*\* SIN EXCEPCIONES \*\***

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente y / o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Paciente Nombre y Apellido (indique el nombre y apellido de cada niño)

\_\_\_\_\_  
Paciente Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Paciente Nombre y Apellido (indique el nombre y apellido de cada niño)

\_\_\_\_\_  
Paciente Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Paciente Nombre y Apellido (indique el nombre y apellido de cada niño)

\_\_\_\_\_  
Paciente Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Paciente Nombre y Apellido (indique el nombre y apellido de cada niño)

\_\_\_\_\_  
Paciente Fecha de Nacimiento