



POLÍTICA FINANCEIRA E CONSENTIMENTO e POLÍTICA FINANCEIRA DO ESCRITÓRIO: A Pediatria está comprometida em fornecer o melhor atendimento possível. Esse objetivo é melhor alcançado se todos estiverem cientes da política financeira, que é um acordo entre o The Pediatric Place e os pais ou responsáveis da criança. Seu entendimento claro do contrato de política financeira é importante para o nosso relacionamento profissional. Os termos desta política financeira podem ser alterados pela prática a qualquer momento, sem aviso prévio ao garante.

SEGURO: O pagamento dos serviços é devido no momento da prestação dos serviços, exceto conforme descrito a seguir. Os planos de seguro variam consideravelmente e não podemos prever ou garantir que parte de nossos serviços será ou não coberta. É de responsabilidade do paciente fornecer informações precisas e oportunas sobre o seguro. Informações imprecisas ou prematuras fornecidas à equipe que resulta em negação ou não cobertura por sua companhia de seguros fazem com que o fiador seja responsável pelo pagamento.

Devemos enfatizar que, como prestadores de serviços pediátricos, nosso relacionamento é com você, não com sua companhia de seguros. Embora a apresentação de reclamações de seguros seja uma cortesia que estendemos aos nossos pacientes, todas as cobranças são estritamente de sua responsabilidade a partir da data da prestação dos serviços. Portanto, é necessário que você saiba quais os benefícios que seu plano de seguro oferece para você.

SE PARTICIPARMOS DA SUA EMPRESA DE SEGUROS: Todos os serviços realizados em nosso escritório e no hospital serão enviados como cortesia ao seu seguro. Todos os co-pagamentos são devidos no momento do serviço. Franquias e cosseguros são de sua responsabilidade e serão cobrados pelo nosso escritório. Todas as operadoras de seguros têm uma tabela de honorários da qual serão reembolsadas. No entanto, a taxa do médico pode ser maior do que a que a companhia de seguros reembolsa ou pode não ser um serviço coberto. Portanto, quaisquer saldos não cobertos pelo seguro tornam-se de responsabilidade do paciente.

SE NÃO PARTICIPAREMOS COM SUA EMPRESA DE SEGUROS: Não podemos cobrar seu seguro e não podemos aceitar o pagamento por serviços prestados. Forneceremos uma fatura detalhada para que você possa enviar as cobranças à sua companhia de seguros para reembolso. Nem todos os serviços prestados por este escritório são benefícios cobertos em todos os contratos. O pagamento dos serviços é devido no momento do serviço.

FATURAMENTO: Fornecemos uma declaração detalhada sempre que seu filho recebe serviços. Isso é fornecido através do portal do paciente. Aceitamos cheques, MasterCard, Visa, Discover ou American Express. Os saldos pendentes vencem em 30 dias, a menos que acordos prévios tenham sido feitos com o departamento de cobrança. Uma taxa de recarga de US \$ 5 será adicionada aos saldos com mais de 30 dias de atraso. Uma segunda taxa de recarga de US \$ 5 e uma carta de solicitação de pagamento serão adicionadas aos saldos com mais de 60 dias de atraso. Uma terceira taxa de recarga de US \$ 5 será adicionada aos saldos que permanecerem pendentes por mais de 90 dias e uma solicitação final certificada de carta de pagamento será emitida. Os saldos não pagos integralmente em até 10 dias a contar da



data da carta de solicitação final serão encaminhados para uma agência de cobrança. Se sua conta for encaminhada a uma agência de cobrança, continuaremos a ver seu filho em caráter de emergência apenas pelos próximos 30 dias, dando-lhe tempo para encontrar uma nova fonte de assistência médica.

Será cobrada uma taxa de US \$ 20 por todos os cheques devolvidos e sua conta será colocada em uma base "somente em dinheiro". Aceitaremos pagamentos somente em cartão de crédito até que o saldo seja compensado.

O progenitor ou adulto acompanhante é responsável pelo pagamento integral no momento do serviço. Em caso de divórcio, não coloque nosso escritório no meio de disputas matrimoniais. É de sua responsabilidade calcular o pagamento dos cuidados médicos do seu filho entre os pais custodial e não custodial. Percebemos que problemas financeiros temporários podem afetar o pagamento oportuno da sua conta. Se tais problemas surgirem, recomendamos que você entre em contato com nosso departamento de cobrança imediatamente para providências para pagamento e assistência no gerenciamento de sua conta.

Se o saldo da sua conta se tornar incobrável devido à falência, continuaremos vendo seu filho em caráter de emergência apenas pelos próximos 30 dias, dando-lhe tempo para encontrar uma nova fonte de assistência médica. Se for necessário encaminhar sua conta a uma agência de cobrança, você também será responsável pela taxa cobrada pela agência pelos custos de cobrança, além do valor original devido.

PLANOS DE PAGAMENTO: Os planos de pagamento estão disponíveis para saldos de contas. Eles exigem um mínimo de US \$ 25 por mês, mas qualquer valor acima do mínimo será aceito. Dois meses de pagamentos em falta terão uma taxa de atraso de US \$ 5,00. Três meses de pagamentos em falta terão outra taxa de atraso de US \$ 5,00, bem como um aviso final antes que a conta seja enviada para as cobranças. Se nenhum pagamento for recebido e um plano de pagamento for enviado para as cobranças, será aplicada uma taxa final de atraso de US \$ 5,00, e o plano de pagamento não estará mais disponível para sua conta. Os pagamentos seriam exigidos integralmente no momento do serviço. As contas com um plano de pagamento não são elegíveis para desconto se, posteriormente, você optar por pagar o valor total. Se você não conseguir efetuar um pagamento mensal, notifique nosso Departamento de cobrança imediatamente.

NOMEAÇÕES PERDIDAS / CANCELAMENTOS ATRASADOS: Compromissos interrompidos representam um custo para nós, para você e para outros pacientes que poderiam ter sido atendidos no período reservado para você. Reservamo-nos o direito de cobrar uma taxa de US \$ 10 por compromissos cancelados ou perdidos. Para cancelamentos, é solicitado um aviso de 24 horas ou mais antes da consulta. Após três consultas perdidas em uma família dentro de um período de 2 anos, a família será atendida por 30 dias antes de receber alta da clínica devido a uma falha no relacionamento profissional.

NOMEAÇÕES NÃO DE EMERGÊNCIA: exames físicos, bem-nascidos, verificações de distúrbios de déficit de atenção / hiperatividade e similares podem ser reagendados se houver saldos pendentes ou se um co-pagamento não for feito no momento do serviço. Se estiver com



dificuldades financeiras, informe-nos. O seguro de saúde é um contrato entre você, seu empregador e sua companhia de seguros. É importante que você seja um consumidor informado e compreenda as especificações de sua apólice de seguro (por exemplo, cobertura de visitas a vacinas e médicos, requisitos de referência / autorização para atendimento especializado, radiografias, exames laboratoriais, atendimento hospitalar de emergência).

REFERÊNCIAS: Se o seu plano de seguro exigir uma indicação por escrito para o seu filho consultar um especialista, ou para procedimentos ou exames laboratoriais, você deverá nos permitir três dias úteis para preencher o (s) formulário (s) apropriado (s) antes de obter serviços. Pode ser necessário reagendar sua consulta se não houver aviso suficiente para preparar sua indicação. Somente referências de emergência serão concluídas no mesmo dia. As referências retroativas não podem ser gravadas e não serão respeitadas. Em geral, não concordaremos com a indicação de um problema sobre o qual não tenhamos sido consultados primeiro.

FORMULÁRIOS E TAXAS: Existe uma taxa de pré-pagamento de US \$ 10 para a revisão e o preenchimento dos formulários de atendimento escolar / infantil, se não forem fornecidos no momento do exame da criança bem-sucedida. Há uma taxa de pré-pagamento de US \$ 10 para a transferência / cópia dos registros do The Pediatric Place dos cuidados prestados aos seus filhos. Este relatório inclui imunizações, lista de problemas médicos atuais e passados, lista de diagnósticos de cada visita e gráficos de crescimento - tudo o que seu próximo médico precisará para diagnosticar e tratar seu filho. Se você precisar ou desejar uma cópia de todos os registros do fornecedor do The Pediatric Place, haverá cobranças adicionais com base no volume de registros.

PRIVACIDADE E DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÃO

Autorizo o The Pediatric Place e suas afiliadas, seus funcionários e agentes a usar e divulgar informações de saúde protegidas com o objetivo de ajudar a resolver reivindicações e problemas de cobertura de benefícios de saúde. Entendo que qualquer informação pessoal de saúde ou outras informações divulgadas para a pessoa ou organização identificada acima podem estar sujeitas a nova divulgação por essa pessoa / organização e não podem mais ser protegidas pelas leis federais e estaduais de privacidade aplicáveis. Entendo que tenho o direito de revogar esta autorização, mediante notificação por escrito ao The Pediatric Place. No entanto, esta autorização não pode ser revogada se seus funcionários ou agentes tiverem tomado medidas sobre esta autorização antes de receber minha notificação por escrito. Entendo também que tenho o direito de obter uma cópia desta autorização. Entendo que as informações utilizadas ou divulgadas de acordo com esta autorização podem ser divulgadas pelo destinatário e não podem mais ser protegidas pelas leis federais ou estaduais. Entendo ainda que esta autorização é voluntária e que posso me recusar a assinar esta autorização. Minha recusa em assinar não afetará minha elegibilidade para benefícios ou inscrição ou pagamento ou cobertura de serviços. Fui informado das práticas de privacidade desta prática, política de liberação de informações de cobrança, política de atribuição de benefícios e concedo à autoridade Autoridade de histórico de medicamentos.

ASSINANDO ABAIXO, RECONHECENDO E AUTORIZO O SEGUINTE:



1. Consinto voluntariamente em todo e qualquer tratamento de saúde e procedimentos de diagnóstico fornecidos pelo The Pediatric Place e seus médicos, clínicos e outras pessoas associadas. Estou ciente de que a prática da medicina e de outras profissões da área da saúde não é uma ciência exata e afirmo ainda que entendo que nenhuma garantia foi ou pode ser feita quanto aos resultados dos tratamentos ou exames.
2. Concordo em ser contatado por e-mail, telefone, correio de voz ou SMS com informações relacionadas à visita, por exemplo: um convite ao portal do paciente, pesquisa de satisfação pós-visita, lembretes de consulta ou check-up, dicas de saúde ou novos serviços que relacionar comigo ou com minha família.
3. Concordo com o uso e a divulgação das informações de saúde protegidas do meu / paciente para fins de pagamento por serviços prestados a mim / ao paciente, tratamento e operações de assistência médica.
4. Autorizo o pagamento de benefícios médicos / de seguro aos médicos do The Pediatric Place ou a seus designados pelos serviços prestados.
5. Autorizo o The Pediatric Place a enviar e obter todo o histórico de medicamentos / prescrições quando usar um sistema eletrônico para processar prescrições para tratamento médico.
6. Li e compreendi a Política Financeira estabelecida pelo The Pediatric Place.

Assinatura

data de hoje

Nome impresso

Relação com o paciente