

## **POLÍTICA FINANCIERA Y CONSENTIMIENTOS HIPAA**

**POLÍTICA FINANCIERA DE LA OFICINA:** The Pediatric Place se compromete a brindarle la mejor atención posible. Este objetivo se logra mejor si todos conocen la política financiera, que es un acuerdo entre The Pediatric Place y los padres o tutores del niño. Su comprensión clara del acuerdo de política financiera es importante para nuestra relación profesional. Los términos de esta política financiera pueden ser modificados por la práctica en cualquier momento sin notificación previa al garante.

**SEGURO:** El pago de los servicios se vence en el momento en que se prestan, excepto como se describe a continuación. Los planes de seguro varían considerablemente, y no podemos predecir ni garantizar qué parte de nuestros servicios estará o no cubierta. Es responsabilidad del paciente proporcionar información de seguro precisa y oportuna. La información inexacta o inoportuna dada al personal que resulta en la negación o falta de cobertura por parte de su compañía de seguros hace que el garante sea responsable del pago

Debemos enfatizar que como proveedores pediátricos, nuestra relación es con usted, no con su compañía de seguros. Si bien la presentación de reclamos de seguro es una cortesía que le brindamos a nuestros pacientes, todos los cargos son estrictamente su responsabilidad desde la fecha en que se prestan los servicios. Por lo tanto, es necesario que sepa qué beneficios le proporciona su plan de seguro.

**SI PARTICIPAMOS CON SU COMPAÑÍA DE SEGUROS:** Todos los servicios prestados en nuestra oficina y en el hospital se enviarán como cortesía a su seguro. Todos los copagos se deben al momento del servicio. Los deducibles y coseguros son su responsabilidad y serán facturados por nuestra oficina. Todas las compañías de seguros tienen un programa de tarifas que reembolsaran. Sin embargo, la tarifa del médico puede ser más alta de lo que reembolsa la compañía de seguros, o puede no ser un servicio cubierto. Por lo tanto, cualquier saldo no cubierto por el seguro se convierte en responsabilidad del paciente.

**SI NO PARTICIPAMOS CON SU COMPAÑÍA DE SEGUROS:** No podemos facturar su seguro y no podemos aceptar el pago de los mismos por los servicios prestados. Le proporcionaremos una factura detallada para que pueda enviar los cargos a su compañía de seguros para su reembolso. No todos los servicios provistos por esta oficina son beneficios cubiertos en todos los contratos. El pago de los servicios se debe al momento del servicio.

**FACTURACIÓN:** Le proporcionamos una declaración detallada cada vez que su hijo recibe servicios. Esto se proporciona a través del portal del paciente. Aceptamos cheques, MasterCard, Visa, Discover o American Express. Los saldos pendientes vencen dentro de los 30 días, a menos que se hayan hecho arreglos previos con el departamento de facturación. Se agregará una tarifa de refacturación de \$ 5 a los

saldos con más de 30 días de vencimiento. Se agregará una segunda tarifa de refacturación de \$ 5 y una carta de solicitud de pago a los saldos con más de 60 días de vencimiento. Se agregará una tercera tarifa de recargo de \$ 5 a los saldos que permanezcan pendientes durante más de 90 días y se emitirá una solicitud final certificada de carta de pago. Los saldos no pagados en su totalidad dentro de los 10 días posteriores a la fecha de la carta de solicitud final se enviarán a una agencia de cobro. Si su cuenta se reenvía a una agencia de cobranza, continuaremos viendo a su hijo en caso de emergencia solo durante los próximos 30 días, dándole tiempo para encontrar una nueva fuente de atención médica.

Se cobrará una tarifa de \$ 20 por todos los cheques devueltos y su cuenta se colocará "solo en efectivo". Aceptaremos pagos solo en con tarjeta de crédito hasta que se liquide el saldo.

El padre o adulto acompañante es responsable del pago total al momento del servicio. En caso de divorcio, no coloque nuestra oficina en medio de disputas matrimoniales. Es su responsabilidad calcular el pago de la atención médica de su hijo entre el padre con custodia y el padre sin custodia. Somos conscientes de que los problemas financieros temporales pueden afectar el pago oportuno de su cuenta. Si surgen tales problemas, lo alentamos a que se comunique con nuestro departamento de facturación de inmediato para solicitar arreglos de pago y asistencia en la administración de su cuenta.

Si el saldo de su cuenta se vuelve incobrable debido a la bancarrota, continuaremos viendo a su hijo en caso de emergencia solo durante los próximos 30 días, dándole tiempo para encontrar una nueva fuente de atención médica. Si es necesario reenviar su cuenta a una agencia de cobro, usted también será responsable de la tarifa que cobra la agencia por los costos de cobro además del monto original adeudado.

**PLANES DE PAGO:** Los planes de pago están disponibles para saldos de cuenta. Requieren un mínimo de \$ 25 por mes, pero se aceptará cualquier cantidad superior al mínimo. Dos meses de pagos atrasados incurrirán en un recargo de \$ 5.00. Tres meses de pagos atrasados incurrirán en otro cargo por retraso de \$ 5.00, así como un aviso final antes de que la cuenta se envíe a cobros. Si no se recibe ningún pago y se envía un plan de pago a las colecciones, se aplicará un recargo final de \$ 5.00 y el plan de pago ya no estará disponible para su cuenta. Se requerirán pagos completos al momento del servicio. Las cuentas con un plan de pago no son elegibles para un descuento si luego elige pagar el monto adeudado en su totalidad. Si no puede realizar un pago mensual, notifique a nuestro Departamento de Facturación de inmediato.

**Citas perdidas / cancelaciones tardías:** las citas interrumpidas representan un costo para nosotros, para usted y para otros pacientes que podrían haber sido atendidos en el tiempo reservado para usted. Nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa de \$ 10 por citas canceladas o perdidas. Para cancelaciones,

se solicita un aviso de 24 horas o más antes de la cita. Después de tres citas perdidas en una familia dentro de un período de 2 años, la familia será atendida durante 30 días antes de ser dada de baja de la práctica debido a una relación profesional fallida.

**NOMBRAMIENTOS DE NO EMERGENCIA:** exámenes físicos, controles de niño sano, controles de trastorno por déficit de atención / hiperactividad y similares pueden reprogramarse si hay saldos pendientes o si no se realiza un copago en el momento del servicio. Si tiene dificultades financieras, háganoslo saber. El seguro de salud es un contrato entre usted, su empleador y su compañía de seguros. Es importante que sea un consumidor informado que comprenda las especificaciones de su póliza de seguro (por ejemplo, cobertura de vacunas y visitas al médico, requisitos de derivación / autorización para atención especializada, radiografías, pruebas de laboratorio, atención hospitalaria de emergencia).

**REFERENCIAS:** Si su plan de seguro requiere una referencia por escrito para que su hijo vea a un especialista, o para procedimientos o pruebas de laboratorio, debe permitirnos 3 días hábiles para completar los formularios apropiados antes de obtener los servicios. Es posible que deba reprogramar su cita si no se le da suficiente aviso para preparar su referencia. Solo las referencias de emergencia se completarán el mismo día. Las referencias retroactivas no pueden ser escritas y no serán honradas. En general, no aceptaremos una derivación por un problema sobre el que no se nos haya consultado primero.

**FORMULARIOS Y TARIFAS:** Hay una tarifa de prepago de \$ 10 por la revisión y finalización de los formularios de la escuela / cuidado infantil si no se proporcionan al momento del examen de niño sano. Hay una tarifa de prepago de \$ 10 por la transferencia / copia de los registros de The Pediatric Place de la atención brindada a sus hijos. Este informe incluye vacunas, una lista de problemas médicos actuales y pasados, una lista de diagnósticos de cada visita y tablas de crecimiento: todo lo que su próximo proveedor médico necesitará para diagnosticar y tratar a su hijo. Si necesita o desea una copia de todos los registros de proveedores de The Pediatric Place, existen cargos adicionales en función del volumen de registros.

## HIPAA PRIVACIDAD Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Por la presente autorizo a The Pediatric Place y sus afiliados, sus empleados y agentes, a usar y divulgar información médica protegida con el fin de ayudar a resolver reclamos y problemas de cobertura de beneficios de salud. Entiendo que cualquier información de salud personal u otra información divulgada a la persona u organización identificada anteriormente puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de dicha persona / organización y ya no puede estar protegida por las leyes de privacidad federales y estatales aplicables. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización mediante notificación por escrito a The Pediatric Place. Sin embargo, esta autorización no puede ser revocada si sus empleados o agentes han tomado medidas sobre esta autorización antes de recibir mi notificación por escrito. También entiendo que tengo derecho a tener una copia de esta autorización. Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede ser revelada por el destinatario y ya no puede estar protegida por la ley federal o estatal. Además, entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmar. Mi negativa a firmar no afectará mi elegibilidad para beneficios o inscripción o pago o cobertura de servicios. Me han informado sobre las prácticas de privacidad de esta práctica, la política de divulgación de información de facturación, la política de asignación de beneficios y otorgo a la práctica la autoridad de historial de medicamentos.

## AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, RECONOZCO Y AUTORIZO LO SIGUIENTE

1. Doy mi consentimiento voluntario para todos y cada uno de los tratamientos y procedimientos de diagnóstico de atención médica provistos por The Pediatric Place y sus médicos, médicos y otro personal asociado. Soy consciente de que la práctica de la medicina y otras profesiones del cuidado de la salud no es una ciencia exacta y, además, afirmo que entiendo que no se ha garantizado ni se puede hacer en cuanto a los resultados de los tratamientos o exámenes.
2. Acepto ser contactado por correo electrónico, llamada telefónica, correo de voz o SMS con información relacionada con la visita, por ejemplo: una invitación al portal del paciente, una encuesta de satisfacción posterior a la visita, recordatorios de citas o chequeos, consejos de salud o nuevos servicios que relacionarse conmigo o con mi familia.
3. Doy mi consentimiento para el uso y divulgación de la información de salud protegida de mí / el paciente con el fin de obtener el pago por los servicios prestados a mí / el paciente, el tratamiento y las operaciones de atención médica.
4. Autorizo el pago de beneficios médicos / de seguro a los médicos de The Pediatric Place o su designado por los servicios prestados.
5. Doy permiso para que The Pediatric Place envíe y obtenga toda la historia de medicamentos / recetas cuando use un sistema electrónico para procesar recetas para tratamiento médico.
6. He leído y entiendo la Política financiera establecida por The Pediatric Place.

---

Firma del paciente o tutor

---

Nombre impreso del paciente o tutor

---

Relación con el paciente Fecha