

Metroplex Pediatrics, PA

Política Financiera y Liberación de Información

Autorizo a lanzamiento de cualquier información obtenida en el curso del tratamiento necesario para completar y enviar información médica a mi compañía de seguro o Medicaid en mi nombre. Por la presente reconozco la responsabilidad financiera por los costos de los servicios prestados por mí o por la persona cuya cuenta estoy actuando como garante. Autorizo (asignar) cualquier seguro o beneficios de Medicaid para pagar directamente al Pediatría Metroplex, PA o sus cesionarios. Yo soy responsable de todos los servicios no cubiertos, suministros, copagos o deducibles. Yo soy responsable de saber cómo funciona mi plan, y solicitar servicios médicos de esta oficina. Esta aceptación y asignación estará en vigor para todos los servicios futuros de esta oficina.

Firma del paciente o representante

Fecha

Nombre de la persona que firma

Reconocimiento de la Notificación de Prácticas de Privacidad

Entiendo que como parte de mi salud, área metropolitana de Pediatría se origina y mantiene el papel o registros electrónicos que describe la historia de mi salud, síntomas, examen y resultados de la prueba, diagnósticos, tratamiento y planes para la futura atención o tratamiento. Entiendo que esta información sirve como:

- Base para la planificación de mi atención y tratamiento
- Un medio de comunicación entre los muchos profesionales de la salud, que contribuyen a mi atención
- Una fuente de información para aplicar mi información quirúrgica y diagnóstico a mi facture
- Un medio por el cual un pagador de terceros puede comprobar que realmente se prestaron servicios facturados
- Una herramienta para operaciones de atención médica de rutinarias tales como la evaluación de la calidad

Entiendo que la Pediatría Metroplex PA mantiene un aviso de prácticas de privacidad que proporciona una descripción más completa de información de aplicaciones y accesos. La versión más reciente de este aviso se muestra en el área de la sala de espera. Entiendo que la pediatría del área metropolitana se reserva el derecho de cambiar este aviso y sus prácticas, según sea necesario y harán una razonable para informarme de los cambios. Entiendo que yo puedo solicitar una copia escrita adicional de esta notificación en cualquier momento. Entiendo que tengo los derechos y privilegios siguientes:

- El derecho a revisar el aviso previo a su firma de este consentimiento
- El derecho a solicitar restricciones sobre cómo mi información de salud puede ser utilizada o divulgada

He tenido la oportunidad de recibir y revisar el aviso de las prácticas de privacidad de Pediatría Metroplex PA.

Firma del paciente o representante

Fecha

Nombre de la persona que firma

Patient Name: _____

DOB: _____

Metroplex Pediatrics, PA

Políticas de Pago y Citas

Gracias por elegir pediatría Metroplex como su proveedor de atención primaria. Nos comprometemos a proporcionarle la calidad y el cuidado de salud asequible. Porque algunos de nuestros pacientes han tenido preguntas en relación con el paciente y responsabilidad de seguro de prestación de servicios, hemos sido asesorado para desarrollar esta política de pago. Por favor lea, consultarnos cualquier duda que tenga y firmar en el espacio proporcionado. Se proporcionará una copia para usted.

1. Perdidas de citas. Nuestra política es cobrar para citas perdidas no canceladas dentro de un período razonable de tiempo. Estos cargos serán su responsabilidad y facturan directamente a usted. Por favor ayúdenos a servirle mejor manteniendo su cita programada. El tiempo necesario para una cita perdida está siendo entonces 15 minutos más tarde.
2. Casos de no presentación. Su salud es muy importante para nosotros; Sin embargo, si no mantiene el tiempo de la cita no podemos ayudar a cuidar de su salud. Por lo que es nuestra política que si no faltar a su cita 3 veces, lamentablemente, tendremos que pedir a encontrar a otro médico de atención primaria.
3. Seguro. Participamos en la mayoría de los planes seguro, incluyendo Medicaid. Si usted no está asegurados por un plan de hacer negocios con, se espera que el pago completo en cada visita. Si están asegurados por un plan que hacer negocios con, pero no tiene una tarjeta de seguro actualizada, pago completo para cada visita es necesario hasta que podamos verificar su cobertura. Conocer sus beneficios de seguros es su responsabilidad. Póngase en contacto con su compañía de seguros con cualquier pregunta que pueda tener sobre su cobertura.
4. Los copagos y deducibles. Todos los copagos y deducibles deben pagarse en el momento de servicio. Este acuerdo es parte de su contrato con su compañía de seguros. Error de nuestra parte para recoger los copagos y deducibles de los pacientes puede considerarse fraude. Por favor ayúdenos en la defensa de la ley por pagar el copago en cada visita.
5. No cubierto de servicios. Tenga en cuenta que algunos y tal vez todos, de los servicios que recibe pueden ser no cubiertos o no considera razonable o necesario por Medicaid o otros aseguradores. Usted debe pagar estos servicios en su totalidad en el momento de la visita.
6. Prueba de seguro. Todos los pacientes deben completar nuestro formulario de información del paciente antes de ver al doctor. Debemos obtener una copia de su actual seguro válido para proporcionar prueba de seguro. Si no nos proporcione la información correcta de seguro de manera oportuna, puede ser responsable por el resto de una reclamación.
7. Presentación de reclamaciones. Vamos a presentar sus reclamaciones y ayudarle en cualquier forma que razonablemente puede ayudar a obtener los siniestros pagados. Su compañía de seguros puede necesita ciertas informaciones directamente. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud. Tenga en cuenta que el saldo de tu reclamación es su responsabilidad o no su compañía de seguros paga su reclamación. Su beneficio de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros; no somos parte de este contrato.
8. La cobertura cambia. Si cambia su seguro, por favor informarnos antes de su próxima visita para que podamos hacer los cambios adecuados para ayudarle a recibir el máximo de beneficios. Si su compañía de seguro no paga su reclamación en 45 días, el saldo se facturará automáticamente para usted.
9. Impago. Si su cuenta es de más de 30 días vencidos, recibirá una carta indicando que tiene 20 días para pagar su cuenta en su totalidad. Pagos parciales se aceptarán si se negocia con nosotros, debe recibir el pago lo contrario en su totalidad. Tenga en cuenta que si un equilibrio impagadas, nos podemos consulte su cuenta a una agencia de colección y usted y los miembros de su familia inmediatos pueden ser descargados de esta práctica. Si esto ocurre, se le notificará por correo ordinario y certificado que tiene 30 días para encontrar atención médica alternativa. Durante ese período de 30 días, nuestro médico sólo será capaz de tratar con carácter urgente.
10. Cheques devueltos. Habrá una tarifa de \$25.00 agregada a su cuenta en caso de que un cheque es regresado por falta de pago y en ese caso sólo se aceptarán pagos en efectivo, tarjeta de crédito o giros postales. Pediatría Metroplex PA está comprometida a proporcionar el mejor tratamiento a los pacientes. Nuestros precios son representativos de los cargos habituales y consuetudinarios de nuestra área.
11. Esta oficina sigue los horarios recomendados de inmunización infantil y adolescente de la Academia Estadounidense de Pediatría. Gracias por la comprensión de nuestra política de pago. Por favor háganos saber si usted tiene alguna pregunta..

Firma del paciente or representante

Fecha

Nombre de la persona que firma

Patient Name: _____

DOB: _____