Políticas de CareMedica

POLÍTICA DE CANCELACIONES Y NO PRESENTACIÓN

Al programar su cita, reservamos una habitación para sus necesidades de atención médica. Si necesita cambiar o cancelar su cita, por favor, avísenos con 24 horas de anticipación. Su cortesía permitirá ceder su lugar reservado a otro paciente que necesite atención.

Todas las cancelaciones e inasistencias con menos de 24 horas de anticipación estarán sujetas a un cargo de $25.00 para visitas de rutina en el consultorio y $50.00 para visitas de nuevos pacientes, exámenes físicos o prequirúrgicos y procedimientos en el consultorio. Las repetidas ausencias o cancelaciones de citas resultarán en la pérdida de futuras citas.

El costo es responsabilidad exclusiva del paciente y debe pagarse en su totalidad antes de la siguiente cita.

I, _____, reconocer los términos de esta política.

POLÍTICA DE VISITAS

LLEGADAS: Por favor, planee llegar aproximadamente 10 minutos antes de su cita programada.

TODOS LOS PACIENTES al llegar deben traer lo siguiente: Tarjeta de seguro activa y de medicamentos recetados Identificación con foto Lista actual de medicamentos y/o suplementos Forma de pago para el copago y/o deducible establecido por su compañía de seguros NOTA: CareMedica acepta efectivo, MasterCard, Visa, Discover y American Express

PACIENTES EXISTENTES: deben planear completar un formulario de registro anual actualizado, incluso si no hay cambios con respecto a la información del año anterior.

PACIENTES NUEVOS: deben estar preparados para completar y firmar toda la documentación para pacientes nuevos, incluyendo: Formulario de registro de CareMedica completado Formulario de admisión

de historial médico para pacientes nuevos completado Formulario de acuse de recibo de las prácticas de privacidad firmado (HIPAA) Formulario de políticas de CareMedica firmado Formulario de orientación sexual e identidad de género (SOGI) completado

***Nota importante: Si no se puede obtener la elegibilidad de su seguro al momento de su cita, se le pedirá que pague su consulta o procedimiento. Si no puede pagar al momento del servicio, se le pedirá que reprograme su cita.

LLEGADAS TARDE: Llegar tarde a su cita programada puede resultar en la necesidad de reprogramarla.

DE ACUERDO CON SU SEGURO: Tenga en cuenta que su compañía de seguros puede requerir que pague un copago y/o deducible adicional por lo siguiente: Condiciones crónicas y/o nuevas abordadas durante un examen físico anual ECG, procedimientos de diagnóstico internos e inyecciones

OBJETOS DE VALOR: Por favor, mantenga sus objetos de valor consigo en todo momento durante su cita. Lamentamos no poder responsabilizarnos por artículos perdidos o robados.

PACIENTES CON ACCIDENTES AUTOMOVILÍSTICOS: deben llegar con lo siguiente: Página de declaración de la póliza de automóvil que defina la cobertura de provisión médica (Med Pay) Fecha del accidente Tarjeta de la compañía de seguros de automóvil con su información de contacto y dirección Nombre e información de contacto del ajustador Número de reclamo NOTA: No aceptamos cartas de protección (LOP) NOTA: Si su póliza no tiene Med Pay, usted será responsable de pagar su copago y/o deducible establecido en su póliza de seguro médico.

PACIENTES DE COMPENSACIÓN LABORAL: deben llegar con lo siguiente: Nombre del empleador y su información de contacto Fecha de la lesión Nombre e información de contacto del ajustador Número de reclamo

NOTA: Si su reclamo de compensación laboral es denegado, nuestra oficina de facturación utilizará su compañía de seguros médicos y usted será responsable de pagar su copago y/o deducible establecido en su póliza de seguro médico, tal como lo haremos nosotros.

I, _____, reconocer los términos de esta política.

POLÍTICA DE PAGO/COBRANZA

Presentaremos un reclamo a su compañía de seguros; sin embargo, todos los copagos/coseguros y/o montos deducibles del seguro deben pagarse al momento del servicio. Cualquier saldo pendiente del paciente o montos no cubiertos deben pagarse antes de ser atendido. El hecho de que no cobremos los copagos y deducibles de los pacientes puede considerarse fraude. Por favor, ayúdenos a cumplir la ley pagando su copago en cada visita.

Tenga en cuenta que algunos, si no todos, los servicios que reciba pueden no estar cubiertos o no ser considerados razonables o necesarios por Medicare u otras aseguradoras. Se le facturarán estos servicios. Si su aseguradora cambia, notifíquenos antes de su próxima visita para que podamos realizar los cambios apropiados para ayudarlo a recibir sus máximos beneficios. Si su compañía de seguros no paga su reclamo en 45 días, el saldo se le facturará automáticamente.

Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Es importante que comprenda sus disposiciones. No podemos garantizar el pago de sus reclamos. La reducción o el rechazo de su reclamo por parte de su compañía de seguros no lo exime de la obligación financiera en la que ha incurrido. El consultorio enviará un máximo de 3 facturas. Si una cuenta no se paga en su totalidad o no se han realizado acuerdos de pago, la cuenta pasará a cobranza. Una vez que una cuenta está en cobranza, debe pagarse en su totalidad para poder programar citas futuras. No se harán excepciones.

Nuestro consultorio está comprometido a brindar el mejor tratamiento a nuestros pacientes. Nuestros precios son representativos de los cargos habituales y acostumbrados para nuestra área.

I, _____, reconocer los términos de esta política.

POLÍTICA DE CONSENTIMIENTO DE FACTURACIÓN

Todos los servicios profesionales prestados por CareMedica son responsabilidad del paciente según lo establecido por su compañía de seguros. Si un paciente no remite los pagos, no revela la información de seguro adecuada y/o no incluye a un proveedor de CareMedica como su Proveedor de Atención Primaria; el paciente será enviado a cobranza. Cuando una cuenta se envía a cobranza, el paciente es responsable de todas y cada una de las facturas, intereses y honorarios de abogados incurridos.

AUTORIZACIÓN PARA PAGAR BENEFICIOS AL MÉDICO: Por medio de la presente, autorizo el pago directamente al Proveedor y/o a CareMedica por mis cargos.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN: Por medio de la presente, autorizo al Médico y/o a Caremedica abajo firmante a divulgar cualquier información incurrida en el examen y/o tratamiento a la compañía de seguros por escrito, fax y/o correo electrónico.

DECLARACIÓN DE MEDICARE (si corresponde): CareMedica presentará los reclamos a Medicare por usted. Es posible que Medicare no cubra algunos servicios, los cuales el paciente puede ser responsable de pagar si no existe otra póliza complementaria. Dichos servicios identificados pueden incluir exámenes físicos anuales, etc. Además, usted será responsable de pagar su Deducible Anual de Medicare y el coseguro establecido por Medicare. Si ha elegido una póliza complementaria a Medicare, entonces su póliza complementaria cubrirá los saldos según su cobertura.

I, _____, reconocer los términos de esta política.

Nombre del Paciente:_____ Fecha: _____

Firma: _____