

Política Financiera

Gracias por elegir Clínica Médica infantil para la atención médica de sus hijos. Nos gustaría informarle de nuestra política financiera. Si usted tiene alguna pregunta, por favor siéntase libre de hacer en cualquier momento.

CON RESPECTO AL SEGURO

(Inicial) Por favor, recuerde que el seguro no es una garantía de pago. Es su responsabilidad de pagar cualquier co-pago, co-seguro deducible, o cualquiera de los servicios no cubiertos. También es su responsabilidad conocer el procedimiento de autorización para los servicios de referencia. Usted es responsable de los servicios prestados antes de la confirmación de elegibilidad. Nuestra oficina verificará la elegibilidad después de haber recibido una copia de su tarjeta de seguro (sólo con fines de facturación). Si hay un retraso o un problema con su compañía de seguros, las preguntas deben ser discutidas directamente con su representante de la compañía de seguros. Estamos felices de enviar la cuenta a su compañía de seguros privada como una cortesía para usted. Nuestra oficina **NO** acepta reclamaciones de terceros por daños personales.

PUNTO HMO DE PLANES DE SERVICIOS

(Inicial) Se le pedirá que firme un "punto de servicio" (POS) formulario de autorización cuando su tarjeta de seguro enumera un proveedor que no sea Clínica Médica Infantil o cualquiera de nuestros médicos nombrados. Se espera pagar en el momento del servicio. Usted tiene la opción de cambiar el proveedor de su hijo, mientras esta aquí en la oficina. Por favor, pida ayuda a la recepcionista.

TARIFAS USO Y COSTUMBRE

(Inicial) Nuestra práctica se compromete a proporcionar el mejor tratamiento para nuestros pacientes. Los cargos se consideran normales y habituales para nuestra zona. Usted es responsable de pago independientemente de la determinación arbitraria de cualquier compañía de seguros para las tarifas usuales y habituales.

VISITAS COMBINADAS

(Inicial) Si está programado para una visita "atención preventiva", y otros problemas de salud son criados que se por lo general requieren una visita "enfermo", su compañía de seguros puede considerar estos dos como visitas separadas y facturarle su copago y otros cargos en consecuencia.

DEPÓSITO DE RECIÉN NACIDO

(Inicial) Los recién nacidos, cuyos padres suscribirse a un HMO o PPO plan de seguro y el deseo de ser visto aquí, se les pedirá que deje un depósito de \$ 100.00. Este depósito será devuelto a usted cuando la tarjeta del seguro de su hijo se presenta y la elegibilidad verificada.

PADRES DIVORCIADOS/SEPARADOS

(Inicial) Nuestra política es que el padre que trae al niño para su cuidado es responsable de pagar los deducibles, copagos, y cualquiera de los servicios no cubiertos en el momento de la visita, con independencia de sus arreglos judiciales.

PACIENTES MENORES

(Inicial) Excepto según lo exija la ley, un padre / tutor legal debe acompañar a un menor (es) para todo tipo de citas. Para los menores no acompañados, se le negará el tratamiento no sea de emergencia, a menos que se haya recibido una nota escrita que autorice el tratamiento.

CARTAS Y LLAMADAS TELEFÓNICAS (Y LLAMADAS TELEFÓNICAS EXTENDIDAS)

(Inicial) A veces se nos pide que escriban cartas o hablar con otros en nombre de los pacientes. A veces los padres desean discutir asuntos por teléfono. Enfermedades leves y breves consejos pueden ser tratados de esta manera. Problemas que requieren un debate "extendida" por lo general requieren una visita. Si usted elige hacer esto por teléfono, se le cobrará por el tiempo directamente.

CARGOS ADMINISTRATIVOS- Incluido, pero no limitado a planes de HMO, PPO, Medi-Cal, y Cencal.

- (Inicial) CMC cobra diversas tarifas para los siguientes elementos, que requieren personal y recursos a la dirección:
- Factura por copagos y / o deducibles
 - Cartas medicas de solicitud especial
 - Copias de registros médicos
 - La solicitud especial de completar formularios físicos escolares, formas físicas de campamento o deportes, las formas de medicación (gratis durante la visita)
 - Cheque devuelto (por falta de fondos)
 - "No-Show" Cargo: Evaluado si no se presenta a una cita programada
 -

TODOS LOS PAGOS DEBEN REALIZARSE AL MOMENTO DEL SERVICIO.

- (Inicial) Esto incluye, entre otros, copagos, deducibles, coaseguros, servicios no cubiertos, pacientes que pagan en efectivo y un plan de seguro médico no tradicional donde los miembros comparten el costo de la atención médica.

SALDOS PENDIENTES DE PAGO

- (Inicial) Se le solicitará que pague cualquier saldo vencido con más de 60 días de vencimiento. Los saldos con vencimiento superior a 60 días tendrán un cargo de refacturación de \$25 por cada estado de cuenta posterior emitido. Los saldos con vencimiento superior a 120 días podrían ser objeto de remisión a cobranza.

PROHIBICIÓN DE INFORMES DE CRÉDITO MÉDICO

- (Inicial) "El artículo 1785.27 del Código Civil prohíbe al titular de este contrato de deuda médica proporcionar información relacionada con esta deuda a una agencia de informes de crédito al consumidor. Además de cualquier otra sanción legal, si una persona infringe a sabiendas dichos artículos al proporcionar información sobre esta deuda a una agencia de informes de crédito al consumidor, la deuda será nula e inejecutable."

BASE DE DATOS DE PAGOS ABIERTOS

- (Inicial) "La base de datos de Pagos Abiertos es una herramienta federal que se utiliza para buscar pagos realizados por compañías farmacéuticas y de dispositivos a médicos y hospitales universitarios. Se puede encontrar en <https://openpaymentsdata.cms.gov>
Solo con fines informativos, se proporciona aquí un enlace a las páginas web de Pago Abierto del Centro Federal de Servicios de Medicare y Medicaid (CME). La Ley Sunshine de Pagos a Médicos exige que se ponga a disposición del público información detallada sobre pagos y otros pagos superiores a diez dólares (10 USD) de fabricantes de medicamentos, dispositivos médicos y productos biológicos a médicos y hospitales docentes.

De conformidad con el Proyecto de Ley 1278 de la Asamblea, la Clínica Médica Infantil proporciona este aviso para que los clientes que lo deseen puedan consultar el sitio web mencionado y tener la seguridad de que no tenemos posibles conflictos de intereses a través de pagos directos de compañías farmacéuticas o fabricantes de dispositivos médicos.

He leído, comprendido y acepto toda la información contenida en este acuerdo financiero.

Nombre del paciente:

Nombre del Padre/Guardián (letra en molde)

Firma

Fecha