



www.IvyPediatrics.com

Política Financiera y de la Oficina – Efectivo el 7-25-2017

Estimados Familiares,

En aras de las buenas prácticas sanitarias, es deseable establecer una política financiera para evitar malentendidos. Nuestra responsabilidad principal es ayudar a nuestros pacientes a experimentar una buena salud y deseamos utilizar nuestro tiempo y energía en pro de ese objetivo. El reembolso del seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros. **USTED** es responsable del pago de su cuenta. **USTED** es responsable de ser consciente de sus beneficios y de ponerse en contacto con su aseguradora directamente cuando surjan problemas con respecto al pago de reclamaciones o denegaciones. Los seguros se facturan con mucho gusto como cortesía a nuestros pacientes cuando se nos proporcionan las tarjetas actuales. No podemos aceptar la responsabilidad de hacer un seguimiento de sus reclamaciones o de negociar una reclamación en disputa, pero nuestro personal le asistirá como sea necesario.

Se deben acordar las siguientes políticas:

1. **Todos los copagos** deben pagarse en el momento del servicio. Se agregará un cargo de \$25 a su cuenta si no se paga dentro de las primeras 24 horas. La atención no urgente puede estar sujeta a reprogramación cuando no se paga el copago. Por favor, no nos pida que renunciemos a los copagos; se considera un incumplimiento del contrato con el seguro y puede conducir a la denegación de pago por parte de la compañía de seguros.
2. **Ausentismo:** hacemos nuestra responsabilidad llamarlo al menos 24 horas antes de su cita para confirmar su cita. Si no cancela su cita en un período de tiempo razonable (es decir, 24 horas cuando se programó con anticipación, o al menos 2 horas antes cuando se programó el mismo día) y simplemente no se presenta, se aplicará lo siguiente.
 - a. 1er Ausentismo: El paciente recibirá una llamada telefónica informándole de que se perdió su cita, y otra cita perdida resultará en una tarifa de \$25. Se hará una notación en el registro.
 - b. 2do y 3er Ausentismo: recibirá una carta informándole de las citas perdidas y se cobrará \$25 por cada cita perdida
 - c. 4to Ausentismo: Se enviará una carta advirtiéndole que el paciente encuentre otro médico de atención primaria en un plazo de 30 días.
 - d. Los pacientes que no presentan una doble cita: (traer a 2 niños al mismo tiempo), tendrán restricciones de programar citas dobles en el futuro.
3. **Tenemos una oficina de Cero Balance.** Todas las cuentas pendientes son adeudadas y pagaderas en el momento de su visita, a menos que se hayan hecho arreglos satisfactorios con nosotros. Todas las cuentas personales vencidas más de 60 días a partir de la fecha de facturación acumularán un cargo mensual por retraso de \$10. Las cuentas pueden asignarse a una agencia de cobro externa y reportarse a la

agencias de crédito si el saldo personal tiene más de 120 días. Se asignará una tarifa de cobro de \$50 a su cuenta si se envía a un cobrador externo en la agencia.

4. **Pago del seguro :** Si el pago del seguro no se recibe dentro de los 60 días de la presentación de la reclamación, se le informará de su responsabilidad de ponerse en contacto con la compañía de seguros y asegurarse de que el pago en su totalidad se reciba con prontitud. Es su responsabilidad, no la nuestra, que su compañía de seguros pague a tiempo.

5. **Cargo por completar formularios:** El cargo mínimo por revisar o completar un formulario que no sea WIC o Medicaid es de \$5 por formulario. Los cargos varían con la duración de la participación del médico y el tiempo. El médico que completa el formulario determina el cargo. Los formularios con fines deportivos/ de campamento/ guardería son de \$10. Los formularios para la universidad \$15. Los formularios de la Ley de Licencia Médica Familiar son de \$10. El cargo mínimo por órdenes permanentes como "Planes de Acción para alergias alimentarias", "Planes de asma", "Formularios de dosis medicamentosa" es de \$5.

6. **No enviamos ninguna receta, formularios completados, notas de excusa.** Estos formularios deben ser recogidos en nuestra oficina en persona.

7. **Cheque devuelto:** Se agregará un cargo de \$15 a las cuentas por cada cheque que no sea respetado por su banco. Esto es además de cualquier cargo que el banco nos cobre por su cheque devuelto. Si se rebotan dos cheques, no aceptaremos cheques para el pago en su cuenta.

8. **Satisfacción del paciente:** Nuestra política es hacer que su experiencia sea excepcional. Cuando tengamos éxito, le agradeceríamos que le contara a su familia y amigos acerca de nuestras oficinas.

9. **Malentendidos:** Es nuestra política de empresa asegurar la completa satisfacción de nuestros pacientes con los servicios y la atención que reciben en nuestras oficinas. Sin embargo, es posible en ocasiones que puede haber un malentendido o comunicación incorrecta entre usted y nuestra oficina. Haremos todo lo que esté a nuestro alcance para abordar y resolver rápidamente el asunto, siempre que se nos traiga a nuestra atención de manera oportuna, apropiada y cordial. Usted puede esperar que nuestro personal lo tratará con cortesía, profesionalismo y respeto, y se esforzará por lograr la comprensión mutua.



Ivy Pediatrics

Infant, Child, & Adolescent Medicine

www.IvyPediatrics.com

Reconocimiento del recibo de la política financiera y de oficina 7-25-2017

He leído y entiendo mis obligaciones financieras. Entiendo que soy personalmente responsable de esta cuenta independientemente del seguro médico, decreto de divorcio o de otra manera. Entiendo que en el caso de que esta cuenta se vuelva morosa, al colocar mi firma en el presente, estoy obligado y responsable de todos los cargos en esta cuenta. Además, entiendo que las cuentas morosas pueden ser asignadas a una agencia de cobro y reportadas a una agencia de crédito. En el desafortunado caso de que la recaudación sea necesaria, el abajo firmante se compromete expresamente a pagar todos los honorarios y costos de abogados de la parte prevaleciente. Autorizo a Ivy Pediatrics a llamarme a mi casa/célular/números de trabajo para fines de recolección.

Firma: _____ Fecha de firma: _____

Nombre en letra molde/Relación con hijo(s) _____

Nombre(s) en letra molde del(de los) paciente(s) _____