



Tonny Tanus, MD  
Eric J. Boren, MD  
Darryl Altavas, FNP  
*Board Certified Adult & Pediatric*

[www.kernallergy.com](http://www.kernallergy.com)

1921 18<sup>th</sup> Street  
Bakersfield, CA 93301  
(661) 327-9693  
FAX: 327-0749

443 W. Morton Suite B  
Porterville, CA 93257  
(559) 782-8578  
FAX: 782-8594

1402 Jefferson St.  
Delano, CA 93215  
(661) 721-8832  
FAX: 721-8319

**KERN ALLERGY MEDICAL CLINIC, INC. POLÍTICA FINANCIERA/DE LA OFICINA:**

Nuestra meta es proveer el cuidado excepcional de la alergia para nuestros pacientes así como fomentar buenas relaciones del médico/empleador y paciente. Por favor, no dude en preguntar a un miembro del personal si tiene alguna pregunta sobre esta forma.

1. Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar mi información correcta y actual del seguro. De lo contrario, seré responsable de cualquier y todos los cargos.
2. Soy responsable de todos los copagos, deducibles y co-seguros adeudados en el momento del servicio.
3. Es mi responsabilidad entender mi plan de beneficios de seguro. Es mi responsabilidad saber si se requiere una remisión o autorización por escrito para las visitas y procedimientos de la oficina.
4. No todos los servicios ofrecidos por nuestra oficina están cubiertos por todos los planes de seguro. Cualquier servicio determinado no ser cubierto por mi plan será mi responsabilidad.
5. Si nuestros médicos no participan en su plan de salud, el pago se espera en su totalidad en el momento del servicio
6. Requerimos que una copia actual de su tarjeta de crédito personal o la tarjeta de débito/crédito de la cuenta de ahorros de salud permanezca archivada. Nuestro sistema ha sido completamente investigado de acuerdo a las estrictas reglas de retención de datos y es HIPPA obediente.
7. Los saldos de los pacientes se facturan después de recibir sus planes de seguro explicación de beneficios (EOB) con su saldo adeudado. Su pago se vence en un plazo de 30 días a partir de la fecha de su declaración. Si usted no paga su saldo dentro de 60 días, nosotros cargaremos automáticamente su tarjeta de crédito personal en el archivo por el monto adeudado.
8. Se cobrará un cargo de \$50 por los cheques devueltos, más cualquier costo bancario incurrido
9. Para los expedientes médicos habrá un honorario de \$15 para un informe y \$35 para el gráfico completo. Esta tarifa es debida en el momento de la solicitud.

**Iniciales** \_\_\_\_\_

Continúe por la parte trasera...

10. Si usted o su hijo tiene formularios para ser completado por sus médicos, habrá un cargo de \$15 por página. El pago se requiere cuando los formularios son dejados. Normalmente tenemos un tiempo de respuesta de 3-5 días.

### TÉRMINOS Y CONDICIONES

Acepto pagar Kern alergia médica Clinic, Inc. por todos los cargos incurridos, los cuales no son inmediatamente reembolsados por el asegurador. Como cualquier facturación directa por Kern alergia médica Clinic, Inc. a la compañía de seguros no es más que un alojamiento, yo seré principalmente y en última instancia responsable de pago.

Si mi cuenta supera los 60 días, estoy de acuerdo en tener mi tarjeta de crédito cargada para pagar cualquier saldo en mi cuenta que es de más de 60 días. Después de registrar el número de la tarjeta de crédito, el número se ennegrecerá excepto los últimos 4 dígitos.

\_\_\_\_ Visa \_\_\_\_ MasterCard \_\_\_\_ American Express Numero de Cuenta \_\_\_\_\_

Código de seguridad (código de 3 dígitos) \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la tarjeta \_\_\_\_\_

Si esta cuenta es asignada a un abogado para su cobro y/o demanda, la parte que prevalece tendrá derecho a honorarios razonables de abogado y costo de cobro. En la medida necesaria para determinar la responsabilidad por el pago y para obtener el reembolso, autorizo la divulgación de partes del expediente del paciente.

Consiento y dirijo a mi compañía de seguros, compañía de responsabilidad civil, empleador, o cualquier persona que posea información pertinente para divulgar dicha información bajo demanda. Una copia de esta autorización deberá servir de original. Yo, en nombre del paciente y/o del individuo, acepto y estoy de acuerdo con estos términos y condiciones.

He leído y entiendo esta política financiera de la oficina y estoy de acuerdo en cumplir y aceptar la responsabilidad de cualquier pago que se adeuda como se indica.

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

Nombre del partido responsable (garante) si es diferente y relación:

\_\_\_\_\_

**Parte responsable/firma del paciente:**

\_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_