



## **POLISA FINANCIERA DE LA OFICINA**

Nuestro objetivo es proporcionar y mantener una buena relación médico-paciente. Informarle con anticipación de la política de nuestra oficina permite un buen flujo de comunicación y nos permite lograr nuestro objetivo. Lea esto detenidamente y si tiene alguna pregunta, no dude en consultar a un miembro de nuestro personal.

### **Registro de pacientes:**

1. Se requiere una copia de su tarjeta de seguro actual, licencia de conducir y verificación de su dirección en cada visita. Usted es responsable de asegurarse de que su dirección y seguro registrados sean correctos. Usted es responsable de los saldos impagos o las tarifas que surjan si esta información no se actualiza.

### **Polísa de cancelaciones y no presentación**

1. Las citas perdidas no solo lo impactan a usted, sino a otros pacientes que esperan ser atendidos. Si no puede asistir a su cita, requerimos un aviso con 24 horas de anticipación para cancelar, de modo que podamos abrir este horario para que otros pacientes la programen. Si no llama dentro de las 24 horas, está sujeto a una tarifa de \$30 por cualquier cita perdida. Tarifa de \$50 por cualquier cita de procedimiento perdida (prueba cutánea o prueba de función pulmonar).

### **Cobertura del seguro**

1. Como cortesía, Kern Allergy Medical Clinic verificará su cobertura y presentará reclamaciones de seguro a su compañía de seguros primaria y secundaria. Si la secundaria no cubre el saldo adeudado por el seguro primario, usted es responsable de cualquier saldo de la cuenta.
2. Se espera que los pacientes paguen todos los copagos, deducibles y coseguros estimados en el momento del servicio. Si no puede pagar su copago y cualquier otra responsabilidad del paciente en el momento del servicio, se le pedirá que re programe. Si tiene un deducible superior a \$ 500, es posible que deba proporcionar información sobre el depósito o la tarjeta de crédito. (ver final del formulario).
3. Si nuestros médicos no participan en su plan de seguro, el pago total de su visita debe realizarse en el momento de su visita.

### **Autorizaciones de seguros**

1. Es su responsabilidad comprender su plan de beneficios de seguro y saber si se requiere una remisión o autorización por escrito para ver al especialista. A menudo, se requiere una autorización previa antes de los procedimientos. Le recomendamos encarecidamente que se comunique con su compañía de seguros antes de su cita para conocer la cobertura de beneficios detallada, las limitaciones de la póliza y el servicio no cubierto.

### **Pago**

1. Los pacientes con saldos pendientes de más de 60 días con cualquier porción impaga serán facturados a su tarjeta de crédito o débito registrada. Las citas no se programarán y no se proporcionarán recargas hasta que se pague el saldo en su totalidad.
2. Se cobrará una tarifa de \$ 50.00 por cualquier cheque devuelto, incluso con las tarifas bancarias incluidas.
3. Si solicita una copia de sus registros médicos, habrá una tarifa de \$ 15.00 por el primer informe; \$ 0.10 centavos por hoja a partir de entonces.

4. Si tiene formularios que el médico debe completar y firmar, puede estar sujeto a una tarifa de \$ 25.00 por la primera página y \$ 5.00 por cualquier formulario adicional.

#### **Pacientes menores**

1. Los pacientes menores de 18 años deben estar acompañados por el padre o tutor. (Salvo consentimiento)
2. El paciente que da su consentimiento para el tratamiento será la parte responsable de la cuenta y es responsable de todos los cargos, independientemente de la sentencia de divorcio o separación.
3. Solicitamos a los pacientes mayores de 18 años cubiertos por el seguro de sus padres que firmen una autorización que les permita a KERN ALLERGY MEDICAL CLINIC comunicarse con los padres con respecto a cuestiones de seguro y facturación.

#### **Terminación / Alta de la práctica**

Los siguientes escenarios pueden poner en peligro la relación médico-paciente en la que +++ terminará y dará de alta al paciente de la práctica. se enviará al paciente una carta de alta.

- Incumplimiento / Paciente abusivo
- Excesivas ausencias
- Incumplimiento de obligaciones financieras
- Blasfemia
- Amenazas de represalias en las redes sociales.

#### **PONGA SUS INICIALES EN LO SIGUIENTE:**

\_\_\_\_\_ He leído y entiendo la política financiera KERN ALLERGY MEDIAL CLINIC y acepto cumplir y aceptar la responsabilidad de cualquier pago que se adeude como se describe anteriormente.

\_\_\_\_\_ Entiendo que, en última instancia, soy financieramente responsable de cualquier pago de todos los servicios recibidos. He leído y comprendido mis responsabilidades financieras.

---

**Nombre del paciente (Favor de escribir)**

---

**Firma del paciente o tutor**

---

**Fecha**