

Política Financiera, Aviso de Prácticas de Privacidad, Autorización y Términos de Pago

Le pedimos que lea y firme el siguiente formulario para reconocer su responsabilidad financiera por los servicios médicos proporcionados aquí, así como nuestra política sobre la protección de su información médica privada. Estaremos encantados de proporcionar más aclaraciones si es necesario. Para evitar cualquier malentendido con respecto a nuestras políticas de pago, revise nuestra Política financiera a continuación. Se requiere el pago de todos los servicios en el momento en que se prestan, a menos que esté en un plan prepago en el que participamos. Para esos pacientes, los copagos y deducibles aplicables se cobrarán en el momento del servicio. **Aceptamos pagos en efectivo, cheques, tarjetas de débito, Master Card, Visa, Discover o American Express.**

Podemos solicitar que se complete un formulario de autorización de pago en el momento del check-in para pacientes menores de edad, sin seguro o con un saldo pendiente, así como pacientes con un seguro no participante (incluidos los pacientes de Medicaid que no son de QMB). Cualquier saldo pendiente de su visita se enviará por correo a su dirección principal. Si hay alguna discrepancia o si no puede pagar el saldo en su totalidad, le pedimos que se comunique con nuestra oficina de inmediato. Si no liquida su saldo, se realizarán más esfuerzos de cobro y es posible que se aplique un cargo por cobro a su cuenta. Tenga en cuenta que es posible que se le facture por separado el análisis de laboratorio si debemos enviar muestras a un laboratorio externo. Pregúntenos si alguna muestra se envió a un laboratorio externo en el momento de la compra.

Seguro participante: Somos un proveedor para una variedad de compañías de seguros comerciales y les facturamos como cortesía para usted. Antes de su visita, se le informará si somos o no un proveedor de su plan de seguro. Aceptamos el pago de los servicios cubiertos de estos planes de seguro de acuerdo con nuestros contratos. Es su responsabilidad conocer y comprender las pautas de su plan de seguro. Siempre que sea posible, debe intentar buscar atención médica con médicos que participen en su plan. Es posible que el seguro no cubra todas las tarifas. Para estar completamente al tanto de las limitaciones de sus beneficios, lea su póliza de seguro o hable con su representante de seguros. Usted es responsable del coseguro, los montos deducibles y el pago de los servicios no cubiertos por su seguro en el momento del servicio.

Autorizo la divulgación de información médica a mi médico de atención primaria o de referencia, a consultores si es necesario y según sea necesario para procesar reclamos de seguros, solicitudes de seguros y recetas. También autorizo el pago de beneficios médicos al Médico/Proveedor de Orchid Dermatology, si corresponde.

Pacientes de HMO: Si bien hacemos todo lo posible para ayudar a nuestros pacientes a obtener una referencia/autorización de su médico de atención primaria, en última instancia, es responsabilidad del paciente asegurarse de que la referencia/autorización esté en su lugar para el pago de su HMO. Si no se obtiene autorización para la cita con el paciente, es responsabilidad del paciente pagar esa cita en su totalidad.

Pacientes de Medicare: Facturamos a Medicare directamente por usted. Sin embargo, usted es responsable de los cargos aplicados a su deducible, cualquier coseguro o cargos no cubiertos por Medicare. No facturamos a las compañías de seguros complementarios. Si su seguro secundario no se cruza con Medicare, usted es responsable de esa parte de sus cargos en el momento del servicio (normalmente el 20% de los cargos cubiertos).

Pacientes de Medicaid: No somos un proveedor de Medicaid. Si usted no es un beneficiario calificado de Medicare, usted es responsable del pago de todos los cargos no cubiertos por Medicare en el momento del servicio.

Seguro no asegurado y no participante: Si no somos un proveedor de su seguro, usted es responsable del pago de todos los cargos en el momento del servicio. En el caso de los seguros no participantes, le proporcionaremos un recibo para el reembolso.

Política de reembolso: No ofrecemos reembolsos por procedimientos médicos y cosméticos. Las devoluciones de productos se limitan a la política de la empresa. El pago en exceso por los servicios se aplicará a la próxima visita disponible dentro de un (1) año. Si no se realiza una visita de seguimiento, los fondos de sobrepago se reembolsarán al paciente al comienzo de cada año calendario según la póliza comercial.

Política de pacientes cosméticos: Todos los pacientes cosméticos deben mantener una tarjeta de crédito en archivo de \$ 100 para toxinas, microagujas, láser / coolpeel o \$ 200 para relleno, bolígrafo de plasma, hilos de pdo para programar y mantener un intervalo de tiempo. Si el paciente no se presenta o cancela después de 24 horas, se cargará a la tarjeta de crédito registrada. Las citas cosméticas son independientes de las citas médicas generales, por lo que los fondos se calculan y contabilizan por separado.



Política de no presentación / cancelación / saldo de la cuenta: Entendemos que hay momentos en que debe faltar un una cita debido a emergencias u obligaciones para el trabajo o la familia. Sin embargo, cuando no llama para cancelar una cita, es posible que esté impidiendo que otro paciente reciba el tratamiento que tanto necesita. Por el contrario, puede surgir la situación en la que otro paciente no cancela y no podemos programarlo para una visita, debido a Uno libro de citas aparentemente "completo". Sí una cita no se cancela con al menos 24 horas de anticipación, se le cobrará una **tarifa de cincuenta dólares (\$ 50)**; esto no será cubierto por su compañía de seguros. Debido a la gran cantidadde tiempo necesario para la cirugía, las cancelaciones de primer minuto pueden causar problemas y gastos adicionales para la oficina. Si la cirugía no se cancela con al menos 10 días de anticipación, cobrará una **tarifa de cien dólares (\$ 100)**; esto no será cubierto por su compañía de seguros. Exigiremos que los pacientes con saldos de autopago paguen los saldos de sus cuentas a cero (0) antes recibir más servicios por parte de nuestra práctica. Los pacientes que tienen preguntas sobre las facturas de la compañía o que podrían optar por un plan de pago pueden llamar y pedir hablar con un representante comercial con el que se encuentren. puede revisar su cuenta y sus inquietudes. Los pacientes con saldos deben hacerarreglos de pago antes de que se realicen futuras citas.

Política tardía: Lospacientes que lleguen más de 10 minutos después de su cita programada deberán reprogramarse para una fecha posterior para ser respetuosos con el tiempo de todos los pacientes y proveedores.

Doy mi consentimiento voluntario para el tratamiento de atención por orchid dermatology , incluidos los procedimientos de diagnóstico, laboratorios y tratamiento médico ordenado por el médico tratante / ARNP / PA-C. Entiendo que tengo responsabilidad financiera y para el pago de los servicios médicos prestados y por la presente asumo el pago de unil gastos incurridos durante mi visita al consultorio. En caso de que se requiera una acción legal para asegurar el pago de esta cuenta, acepto pagar los gastos legales incurridos por esta oficina. Además, en caso de impago, el undersigned garantiza el pago de todos los costos de cobro, incluidos los honorarios razonables por mora y los honorarios de abogados.

He leído y entiendo esta política financiera y el aviso de prácticas de privacidad y acepto aceptar la responsabilidad como se describe.

Nombre impreso : _____

Compañía: _____ **Fecha:** _____ / _____ / _____

Si el paciente NO puede dar su consentimiento, complete lo siguiente:

El paciente no puede dar su consentimiento porque: _____ y por la presente doy mi consentimiento en su nombre y en su lugar.

Nombre impreso : _____

Compañía: _____ **Fecha:** _____ / _____ / _____

Orchid Dermatology es una división de Premier Dermatology LLC. Sus estados financieros y correspondencia relacionada con la facturación provendrán de Premier Dermatology LLC. Si en algún momento tiene preguntas sobre su factura por los servicios prestados en Orchid Dermatology o por nuestro laboratorio de patología, comuníquese con nuestra Oficina Central de Facturación al (941) 312-5027 para obtener ayuda.

Questionario Médico Anual

1. ¿Ha tenido algún cambio en sus medicamentos este año? Si es así, informe a la enfermera en la habitación.
2. ¿Tiene un testamento vital? YES _____ NO _____
- Si la respuesta es afirmativa, marque con un círculo cuál es el **DNI (No intubate)** o el **DNR (NO resucitar)**
3. ¿Tiene un apoderado médico (alguien que puede tomar decisiones médicas por usted en caso de que usted no pueda?) YES _____ NO _____
- En caso afirmativo, enumere a continuación.
Nombre: _____
Número de teléfono: _____

Contacto de Emergencia

Contacto de Emergencia: _____

Teléfono del Contacto de Emergencia: _____



Aviso de Reconocimiento y Autorización de Prácticas de Privacidad de HIPAA

Entiendo que, en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información médica protegida. Reconozco que he recibido o se me ha dado la oportunidad de recibir una copia de su Aviso de Prácticas de Privacidad. También entiendo que este bufete tiene derecho a cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad y que puedo ponerme en contacto con el bufete en cualquier momento para obtener una copia actualizada del Aviso de Prácticas de Privacidad como se indica aquí:

Aviso de prácticas de privacidad: Entendemos que su información médica es personal para usted y estamos comprometidos a proteger la información sobre usted. Como nuestro paciente, creamos registros médicos en papel y electrónicos sobre su salud, nuestra atención para usted y los servicios y / o artículos que le brindamos como nuestro paciente. Necesitamos este registro para proporcionar su atención y cumplir con ciertos requisitos legales. Podemos usar y divulgar información médica sobre usted por una o más de las siguientes razones: tratamiento médico, pago, operaciones internas, citas previas, otras personas involucradas en su atención, según lo exija la ley, para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad, donación de órganos y tejidos, riesgos para la salud pública, compensación laboral, actividades gubernamentales, demandas y disputas, aplicación de la ley, exámenes médicos o forenses. Una copia completa de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad está disponible para usted si lo solicita.

Autorizo la divulgación de información médica a mi médico de atención primaria o de referencia, a consultores si es necesario, y según sea necesario para procesar reclamaciones de seguros y recetas. También autorizo el pago de beneficios médicos al médico. Su firma a continuación autoriza la divulgación de su información médica y el pago como se indica anteriormente y significa su voluntad de cumplir con nuestra política financiera.

Por ley, solo se nos permite discutir su diagnóstico y tratamiento con usted (el paciente). En el caso de que un cónyuge, familiar o amigo cercano pueda necesitar esta información, indique su nombre en el espacio que se proporciona a continuación.

No podemos divulgar su información médica privada a nadie que no esté en la lista de este formulario. Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar la información médica que mantenemos. Para inspeccionar una copia de su expediente médico, debe presentar su solicitud por escrito. En algunos casos, puede haber una tarifa asociada con su solicitud.

¿PODEMOS LLAMAR A SU CASA Y DEJAR UN MENSAJE DETALLADO EN SU CORREO DE VOZ? **YES** **NO**

¿PODEMOS LLAMARLO POR TELÉFONO AL TRABAJO Y DEJAR UN MENSAJE PARA QUE DEVUELVA LA LLAMADA A NUESTRA OFICINA? **YES** **NO**

¿TENEMOS SU PERMISO PARA HABLAR CON MIEMBROS DE LA FAMILIA U OTRAS PERSONAS? **YES** **NO**

EN CASO AFIRMATIVO, PROPORCIONE LOS NOMBRES, EL NÚMERO DE TELÉFONO Y LA RELACIÓN CON USTED:

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____
Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____
Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

NUESTRO CONSULTORIO AGREGARÁ LOS RESULTADOS DE LA BIOPSIA AL PORTAL DEL PACIENTE.

Al firmar este formulario, reconozco que he recibido o se me ha dado la oportunidad de recibir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Orchid Dermatology y también se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas. Una copia de este consentimiento se incluirá en mi cuadro para futuras referencias.

Nombre en letra de imprenta: _____

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Padre, Cónyuge o Responsable: marque aquí si es el mismo que el paciente

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Social Sec. #

Género: Masculino Femenino

Dirección Postal: Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Cremallera: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____ Dirección de correo electrónico: _____