

Bienvenido a Piedmont Family Practice & Piedmont Atencio de Urgencias

Información del paciente

Apellido _____ Primero _____ MI _____ Anterior _____

SSN: _____ DOB _____ Sex Masculino or Hembra

Dirección de facturación

Calle _____ Apt # _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Médico _____ Estado civil _____

Teléfono de casa _____

Teléfono de trabajo _____

teléfono celular _____

Teléfono alternativo _____

Correo electrónico _____

¿Podemos contactarlo a través del correo electrónico? Sí o no

Tarifas especiales

Para cubrir los costos y mantener las tarifas razonables para todos los pacientes, podemos cobrar por:

- Después de horas servicios(PUC) - \$52.00
- Las citas perdidas- \$50.00 - \$100.00
- Cheques devueltos- \$25.00
- Saldos de delincuentes, esfuerzos de recaudación- 25% de los saldos pendientes
- La copia de los expedientes médicos – será cargada por Scanstat
- Terminación de formularios de longitud, aplicaciones, letras, etc.- \$10.00 - \$30.00

NUESTRA POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por buscar servicios de atención médica de Piedmont Family Practice. Nuestra máxima prioridad es proporcionarle a usted y a su familia atención médica de calidad. Cubrir el costo de esa atención sigue siendo un desafío para los pacientes, los empleadores y los proveedores. Dado que el pago de los servicios sanitarios se ha vuelto cada vez más complejo, nos resulta útil tener una política que nos guíe a todos. Por favor revise nuestra política y firme una copia para nuestros registros. Si tiene alguna pregunta, por favor pregunte.

Pago por servicios

Si usted tiene cobertura de azeguranza, vamos a presentar una reclamación a su aseguradora solicitando que nos reembolsen los servicios que recibió. Solo necesita pagar su copago, coseguro y/o deducible (si lo habra) **en el momento del servicio. (Según lo requieran muchos planes, su copago puede cobrarse al hacer el mostrador de facturación.)** Usted será responsable de cualquier saldo no pagado por su aseguranza. Si su aseguradora le envía erróneamente un reembolso por nuestros servicios, le pedimos que nos envíe esos fondos de manera oportuna para cubrir los servicios que recibió. Debemos **ver la prueba de su aseguranza en cada visita.**

Si usted tiene cobertura de seguro en la que nuestra práctica odas no participar. Vamos a presentar una reclamación a su aseguranza como una cortesía para usted, pero usted es el último responsable del pago de los servicios prestados a usted.

Si no tiene cobertura de aseguranza, está obligado a realizar el pago de **todos los cargos** en el momento del servicio.

Si usted es visto por lesiones relacionadas con el trabajo y está cubierto por un plan de compensación al trabajador. buscaremos el pago de ese plan siempre y cuando usted nos proporcione la autorización e información necesaria de su empleador en el momento de los servicios. **De lo contrario, usted está obligado a realizar el pago de todos los cargos.**

Si usted es visto como resultado de un accidente automovilístico y planea ver cobertura bajo su plan de seguro, se aplica la póliza anterior con respecto a la cobertura del seguro. Sin embargo, si planeas buscar cobertura de una póliza de seguro de auto o de un tercero, **está obligado a hacer el pago de todos los cargos en el momento del servicio.**

Si usted es visto para el servicio solicitado por una escuela, un campamento, un empleador, una compañía de seguros u otra parte de 3^{ra}, usted está obligado a hacer el pago de todos los cargos en el momento del servicio (la mayoría de las compañías de seguros de salud no cubren dichos servicios) .

Si no puede realizar pagos que puede adeudar, nuestra oficina de facturación le asistirá en la realización de arreglos de pago especiales, cuando sea posible.

Para su conveniencia, aceptamos dinero en efectivo, las principales tarjetas de crédito (MasterCard, Visa, Discover, American Express), y tarjetas de débito. Si paga en efectivo, debe retener su recibo para sus registros.

Honorarios de laboratorio

Cualquier espécimen de laboratorio que procesemos será facturado por la práctica. Cualquier especímenes de laboratorio procesados en laboratorios de referencia externos serán facturados por esos laboratorios de referencia (su compañía de seguros, si la hubiera, dicta qué laboratorio de referencia debemos usar. Si no nos actualiza en su cobertura de seguro actual, sus especímenes pueden ser enviados al laboratorio incorrecto, resultando en cargos por los cuales usted es responsable).

Referencias

Muchos planes de atención administrada requieren "derivaciones" de su médico de atención primaria para ver especialistas o realizar pruebas. Muchos planes lo responsabilizará financieramente si recibe servicios sin seguir sus protocolos. **Por favor, familiarícese con su plan.** Tenemos personal y protocolos en el lugar para ayudarle a obtener cualquier referido necesario. Si necesita un referido, por favor pida ayuda. (Usted será financieramente responsable de las derivaciones que le damos por error en base a información de seguro inexacta o obsoleta. Es muy importante que nos mantenga actualizados sobre su cobertura de seguro actual y cualquier cambio).

Limitaciones del seguro

Si usted tiene seguro médico, tenga en cuenta que cada plan de seguro varía con respecto a si un servicio en particular está cubierto, y si es así, en qué grado y bajo qué circunstancia. Una vez más, dado que usted es financieramente responsable de cualquier servicio que reciba que su compañía de seguros no cubra, es muy importante que se familiarice con su plan.

Acuse de recibo de la política financiera

Entiendo que el pago se espera cuando se prestan los servicios. Si mi cuenta se vuelve atrasada y requiere sumisión a la colección externa, acepto pagar cualquier tarifa adicional para cubrir los costos de cobro, costo de la corte y honorarios de abogados.

He leído, entiendo y acepto cumplir con las políticas establecidas anteriormente.

Firma

La Fecha

Acuse de recibo del aviso de privacidad

Al firmar este formulario, reconozco que he recibido, leído y entendido el aviso de prácticas de privacidad de Piedmont Family Practice.

Firma

La Fecha

Cobertura de seguro & autorizaciones

Por la presente autorizo a Piedmont Family Practice y a sus proveedores a solicitar beneficios en mi nombre por los servicios cubiertos prestados. Certifico que la información que he enviado es correcta. Además autorizo la divulgación de cualquier información necesaria, incluyendo información médica, a mi aseguradora. En el caso de los beneficios de la parte B de Medicare, a la administración del seguro social y a la administración de financiamiento del cuidado de salud. Una copia de esta autorización puede ser utilizada en lugar del original, esta autorización puede ser revocada por mi aseguradora o yo en cualquier momento por escrito.

Firma

La Fecha