

Política financiera y de facturación

¡Bienvenido a la familia de PANW! Nuestra meta es brindar atención pediátrica de alta calidad en nuestra comunidad. Para servir mejor a nuestros pacientes, la siguiente es nuestra política financiera y de facturación. Nuestro compromiso es brindarle un cuidado excepcional. Para lograrlo, le pedimos que nos ayude avisando a nuestras oficinas sobre cualquier cambio en la información del paciente para evitar problemas de facturación innecesarios. Para los saldos de los pacientes, tenemos muchas opciones para pagar su cuenta: efectivo, cheque, tarjeta de Visa/MasterCard/ American Express y planes de pago. Sírvase llamar a nuestro departamento de cobros al (866) 371-6118 para hacer un pago o establecer un plan de pagos.

- Pagos:** Como cortesía, nosotros le cobraremos directamente a la mayoría de las compañías de seguro. Se requiere traer la(s) tarjeta(s) de seguro a cada visita. Si su seguro tiene un **copago** para la visita, también se requiere pagarlo en el momento de la visita. El mandar a cobrarle al seguro no garantiza el pago. Cualquier saldo pendiente será su responsabilidad. Si la información del seguro del paciente no se proporciona de manera oportuna y la clínica no puede mandar a cobrar los cargos dentro de los límites de tiempo establecidos por su compañía de seguros, el saldo se volverá su responsabilidad. Si tiene un plan HMO, por favor asigne a uno de los doctores de nuestra práctica como doctor de cabecera (PCP, *siglas en inglés*) de su hijo ANTES de su visita. Si no podemos confirmar que uno de nuestros proveedores aparece como doctor de cabecera, tendremos que pedir que se cambie la cita para otra fecha. ____ (sus iniciales)
- Cambio de seguro o de información en la cuenta:** Por favor avise a la clínica lo antes posible sobre todos los cambios en la cuenta, incluyendo la cantidad de los copagos, actualizaciones del seguro y cambio de dirección de correo. Si el titular de la cuenta no avisa a la clínica dentro de los 15 días de calendario de estos cambios, el titular asignado de la cuenta se hace responsable de todos los cargos pendientes. ____ (sus iniciales)
- Bebés recién nacidos:** Por favor comuníquese con su seguro lo antes posible después del nacimiento de su hijo. La mayoría de los planes de salud permiten 30 días para inscribir al recién nacido, de lo contrario, es posible que tenga que esperar hasta un período de inscripción abierta para inscribir al niño. Retendremos todos los cargos del niño durante los primeros 30 días hasta que podamos verificar su elegibilidad. Si, después de 30 días, no podemos verificar que el niño se haya agregado a la póliza, el saldo será su responsabilidad. ____ (sus iniciales)
- Fuera de la red:** Si nosotros NO participamos con su seguro o usted NO tiene comprobante de su seguro cuando se registre, se considerará que está fuera de la red y por lo tanto se convertirá en una cuenta pagada por cuenta propia. ____ (sus iniciales)
- Vacunas:** Si el paciente tiene 18 años o es menor y no tiene seguro, el programa de Vacunas para niños de Oregon (VFC, *siglas en inglés*) cubrirá el costo de las vacunas, pero NO cubrirá el costo actual de la administración de cada vacuna. ____ (sus iniciales)
- Cuentas pagadas por cuenta propia:** Si usted no tiene seguro o tiene una póliza con la cual no contratamos, por favor venga preparado a pagar por el costo completo de la consulta al salir. Ofrecemos un descuento del 25% (excepto por las vacunas/los materiales) a todos los que paguen por cuenta propia el día en que se proporcionó el servicio. Para todas las citas de prevención, requerimos un depósito de \$100 cuando tenga su consulta y cualquier saldo restante se le mandará a cobrar. Si usted no puede dejar el depósito de \$100 cuando reciba el servicio, le pediremos que establezca un plan de pagos mensuales antes de la consulta. ____ (sus iniciales)
- Citas perdidas:** Las citas perdidas o las cancelaciones tardías representan un costo para nosotros, usted y los demás pacientes que se podían haber atendido durante el tiempo reservado para su hijo. Para cancelar una cita se requiere avisar 24 horas de antes de la cita, si usted no puede asistir a la cita. A cualquier cita perdida o cancelada demasiado tarde se le aplicará un cobro de \$ 50.00 por "no presentarse" a citas médicas, o de \$100.00 a citas de salud conductual. Se les podría pedir a las familias que paguen el saldo pendiente por "no presentarse" antes de ser atendidos para la próxima cita. Si una familia tiene más de 3 citas seguidas ya sean perdidas o canceladas demasiado tarde en un período de 12 meses, podrían ser despedidos del consultorio. ____ (sus iniciales)
- Consultas preventivas vs. consultas regulares:** Cuando se programa el cuidado preventivo (chequeo de bienestar) para los niños, USTED tiene la responsabilidad verificar los beneficios de su seguro antes de la cita. Si su hijo está enfermo el día del chequeo de bienestar, podemos ver a su hijo en una consulta por enfermedad y cambiar la fecha para el chequeo de bienestar o ver al niño por los dos propósitos durante el mismo período de tiempo. *Es posible que el seguro no cubra las dos consultas el mismo día, y usted podría estar sujeto a un copago o deducible por la parte de la visita por enfermedad.* Si su seguro no cubre esto, entonces será su responsabilidad pagarlo. ____ (sus iniciales)
- Atención después de horas laborales /días feriados:** Hay un cargo de \$42.00 por las visitas de atención no preventiva que se realicen después de las 5:00 pm todos los días, los fines de semana y los días feriados federales. Si su compañía de seguro no cubre ese cargo, la persona asignada como titular de la cuenta es financieramente responsable de ese cargo. ____ (sus iniciales)
- Circuncisiones:** El costo de una circuncisión es \$450. La clínica PANW le pide que pague la totalidad antes del procedimiento o que deje una tarjeta de crédito registrada para pagar cualquier saldo restante en la cuenta después de cobrarle al seguro. ____ (sus iniciales)

Coordinación de atención:

Como paciente con problemas de salud continuos, usted y sus cuidadores podrían beneficiarse de la ayuda de nuestro equipo de coordinación de la atención. Este equipo ayuda a los cuidadores a manejar las condiciones de salud constantes comunicándose de vez en cuando sobre las necesidades de su hijo y la familia en cuanto al cuidado de la salud y las metas del tratamiento, ayuda a programar citas para el cuidado preventivo y colabora con usted para ayudarlo a entender la atención que requiere(n) la(s) condición(es) de salud de su(s) hijo(s). La coordinación de atención actuará como un enlace entre usted, su doctor de cabecera y otros miembros del equipo de PANW trabajando conjuntamente para crear un plan que brinde la mejor atención para la salud de su(s) hijo(s) en el hogar y en la comunidad. Estos servicios se van a cobrar por medio de la compañía de seguros y puede ser que no estén cubiertos. Cualquier porción que no pague su compañía de seguro será su responsabilidad. _____ (sus iniciales)

Saldos pendientes:

Si tiene un saldo personal en su cuenta, se le enviará un estado de cuenta mensual. A no ser que se haya autorizado por escrito, el pago se debe pagar al recibir el estado de cuenta o dentro de los 30 días de calendario. _____ (sus iniciales)

Tarjeta de crédito registrada:

Para garantizar el procesamiento rápido de los saldos adeudados, la clínica de PANW ofrece a cada paciente la opción de registrar una tarjeta de crédito. Esta tarjeta se puede utilizar para saldos pendientes (saldos adeudados después de que se haya procesado el seguro) o para copagos. La información de su tarjeta se mantiene segura. Las tarjetas de crédito registradas se cobrarán solo cuando el saldo de su cuenta permanezca pendiente el día 30 del mes siguiente a su visita. _____ (sus iniciales)

Planes de pago:

La clínica PANW entiende que el hacer un pago total no es posible en ciertas circunstancias. Como cortesía, le podríamos ofrecer al titular asignado de la cuenta un plan de pagos. Los planes de pago se aprueban individualmente y se pueden organizar con el equipo de coordinación de atención. Las familias que tienen un plan de pago deben estar en cumplimiento total con todas las condiciones del acuerdo en el momento de la visita. El fallar en hacer el pago programado, o el no pagar el saldo en su totalidad, podría resultar en que su cuenta sea transferida a una agencia de cobros. _____ (sus iniciales)

Cheques devueltos:

Se va a cobrar un cargo de \$35.00 por cualquier cheque que sea devuelto por falta de fondos y se le pedirá que pague por las visitas futuras en efectivo o con tarjeta de crédito. _____ (sus iniciales)

Cobros:

Las cuentas atrasadas son saldos que no han sido pagados dentro de los 90 días del estado de cuenta inicial. En el caso desafortunado de que tengamos que asignar una cuenta a una agencia de cobros, vamos a agregar un cargo adicional de \$150.00 al saldo pendiente. Cualquier descuento se volverá a agregar al saldo y el monto total se entregará a la agencia de cobros. Se le requerirá a la familia que pague todos los saldos de cobro en su totalidad antes de poder ser atendidos de nuevo en PANW. _____ (sus iniciales)

Se requiere que revise y dé su consentimiento a esta política antes de prestarle servicios

Primer nombre del paciente: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Primer nombre del paciente: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Primer nombre del paciente: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Primer nombre del paciente: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Primer nombre del paciente: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Mis iniciales que aparecen más arriba y mi firma que aparece más abajo certifican que he leído y doy mi consentimiento a las políticas y los procedimientos descritos. Le asigno a la clínica Pediatric Associates of the Northwest todos los pagos a los cuales tengo derecho por gastos médicos y quirúrgicos. Entiendo que soy responsable financieramente de todos los cargos sean o no sean cubiertos por el seguro. Entiendo que los copagos del seguro se deben al recibir el servicio.

 Firma de la madre/el padre/tutor

 Nombre en letra de molde de la madre/el padre/tutor

Fecha: ____/____/____

Política de tarjeta de crédito registrada para las familias

La clínica Pediatric Associates of the Northwest solicita tener registrada una tarjeta de crédito válida, excepto para los pacientes que tienen el seguro de Medicaid.

Esta política tiene la finalidad de:

- Ayudarle a usted a evitar cobros relacionados con la facturación
- Simplificar el proceso de facturación de la clínica
- Y lo más importante, enfocar nuestro tiempo y nuestra energía en sus hijos y su atención médica.

La información de la tarjeta se guarda electrónicamente de una manera encriptada y **el personal de la oficina no la puede ver**. Todos los formularios de papel serán triturados después de escanearlos. Su firma autorizará que se use la tarjeta **solamente** cuando su saldo esté adeudado.

La manera en que funciona la política:

1. Cuando usted se registre o se presente, se le pedirá la información de su tarjeta de crédito para guardarla electrónicamente de una manera encriptada en nuestra computadora. Solamente los últimos cuatro dígitos serán visibles para nuestro personal.
2. Igual que antes, le mandaremos a cobrar a su compañía de seguro, como una cortesía, por todos los cargos relacionados con su visita.
3. Cuando recibamos la explicación de beneficios (EOB, *siglas en inglés*) de su seguro, le mandaremos a usted un estado de cuenta el mes siguiente por medio de un texto o por correo. Si no hemos recibido el pago para el día 30 del mismo mes, vamos a cobrar a la tarjeta de crédito registrada por el saldo debido (que aparece en el estado de cuenta).
4. Si la clínica **Pediatric Associates of the NW** trata de usar su tarjeta y es rechazada o está vencida, la clínica **Pediatric Associates of the NW** le enviará a usted un estado de cuenta nuevo con una nota adjunta para pedirle la información actual de una tarjeta de crédito.

Por favor recuerdo que esta política no le restringe su derecho de apelar cualquier cargo que se haya cobrado a su tarjeta de crédito. Si usted cree que se le ha cobrado por equivocación, comuníquese con nuestra oficina de cobros. Si se ha cometido un error, revertiremos los cargos.

Usted puede contactarse con nuestro departamento de cobros llamando al (866)371-6118

Tarjeta de crédito registrada

PARA SER USADO POR EL PERSONAL DE PANW SOLAMENTE

Nº de cuenta de facturación: _____

Nombre en la cuenta de facturación: _____

Fecha de hoy: _____

Al llenar este formulario, usted se está inscribiendo en el programa de tarjeta de crédito registrada.

Hasta que haya un nuevo aviso, yo, _____ por medio de la presente le autorizo a Pediatric Associates of the Northwest que mande a cobrar de mi cuenta* aquellos saldos por los cuales el paciente sea responsable, a la siguiente tarjeta de crédito.

*La cuenta se refiere a la persona que es responsable financieramente tal como lo indica el sistema de expedientes médicos de PANW, el cual podría incluir a varios pacientes, como los hermanos que se atienden en la clínica.

Nota: Después de ser entregada, la información de su tarjeta de crédito será guardada de una manera segura y no estará al acceso de nuestro personal.

Al firmar más abajo, le autorizo a la clínica Pediatric Associates que procese pagos a mi tarjeta de crédito usando la información de la tarjeta que aparece abajo.

Firma del titular de la tarjeta _____

Fecha _____

Últimos 4 números: _____

Nombre del titular de la tarjeta (como aparece en la tarjeta) _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal _____

Dirección de correo electrónico: _____

Nº de teléfono: _____

Nº de tarjeta: (solamente los últimos cuatro números) _____

Fecha de vencimiento: _____

Código de seguridad: _____

Tipo de tarjeta:

Visa Mastercard American Express Discover



PARA SER USADO SOLAMENTE POR EL PERSONAL DE PANW

Nº DE CUENTA _____

FECHA DE LA FIRMA DE AUTORIZACIÓN _____

FIRMA DE AUTORIZACION ESCANEADA PARA EL EXPEDIENTE (NO INCLUIR INFORMACION DE LA TARJETA) POR _____ ACTUALIZACION DE PCC: CCOF