

PediatricCare of Northern VA, P.C. sigue las directrices estatales y federales en la facturación de los servicios prestados a nuestros pacientes. Esto requiere que obtengamos información específica para cada paciente en la familia. Entendemos que la recopilación de esta información puede parecer abrumadora, sin embargo, es necesario para proporcionarle un servicio más eficiente.

Por favor, lea cuidadosamente la siguiente información. Si tiene alguna pregunta, nuestro personal estará encantado de contestarlas. Si necesita ayuda para solucionar un problema de facturación, comuníquese con el Departamento de facturación entre las 9:00 am y las 4:30 pm de lunes a viernes, 703-330-3939.

1. Se requiere una identificación de gobierno válida en el momento del servicio de la persona que autoriza los servicios de atención médica para el niño. Si este derecho se concede a un cuidador que no es el tutor legal del niño, debemos tener una autorización por escrito del tutor legal.
2. Si existe un acuerdo financiero entre los padres sobre la responsabilidad financiera de la atención médica de sus hijos, este arreglo es entre los dos tutores y no absuelve al padre que trae al niño para servicios de su obligación financiera a nuestra práctica.
3. El padre / guardián debe proporcionar información demográfica y de seguro correcta antes del tratamiento del paciente. Si está cubierto por un seguro de salud, estaremos encantados de cobrar su seguro. Proporcione su información de seguro al personal y verificamos su cobertura y beneficios como una cortesía. Aceptar su seguro no es una garantía de beneficios o de pago. Usted será responsable de cualquier balance no pagado por su plan.
4. Es responsabilidad del padre / guardián saber qué beneficios no están cubiertos por el programa de seguro en el cual participan, ya que el personal no tiene acceso a esta información. Además, el padre / guardián es completamente responsable de todas las tarifas que se deniegan como servicios no cubiertos, deducibles, coseguro y co-pagos. Si el padre o tutor tiene preguntas sobre su cobertura, debe comunicarse directamente con el departamento de recursos humanos de su empleador, su agente de seguros o su compañía de seguros.
5. Es la responsabilidad del padre / guardián para abrir y leer la explicación de los beneficios enviados a ellos de su seguro. Si creen que ha habido un error en el procesamiento de su reclamo, tienen que llamar a la compañía de seguros directamente. El departamento de facturación de PediatricCare of Northern VA estará encantado de ayudarle a resolver el reclamo.
6. Con base en los contratos de PediatricCare of Northern VA con varias compañías de seguros, debemos facturar por los servicios prestados dentro de un tiempo (definido por los contratos individuales). Si se descubre que la información correcta no fue proporcionada por el padre para los servicios prestados y no cumplimos con el plazo de presentación oportuno, el paciente será responsable de la cantidad total adeudada.
7. Si no está asegurado, el padre / guardián es completamente responsable de todos los honorarios. Los pacientes no asegurados recibirán un descuento del 25% si el saldo completo se paga en el momento del servicio. El pago se espera antes de ser visto para todos los niños de bienestar.
8. El pago debe realizarse en el momento en que se prestan los servicios. Si usted no paga su copagos al tiempo de su cita, tiene que pagar una penalidad de \$35.00. Después de la explicación de los beneficios de la compañía de seguros, cualquier saldo que se determina que es responsabilidad del paciente deberá pagarse en ese momento. El cuidado de los niños sano sera diferido hasta que todos los saldos se paguen por completo. Las cuentas que estén en colecciones serán expulsadas de la práctica.
9. Hay un cargo de \$10 por una tarjeta de crédito o débito rechazada. Hay un cargo de \$50 por todos los cheques devueltos. Escribir un "cheque malo" es punible bajo la ley. Si la cuenta no se resuelve completamente dentro de los 7 días de la notificación de su banco de que los fondos no estaban disponibles, nos reservamos el derecho de cancelar todos y cada uno de los servicios proporcionados a su familia.
10. Cargos para formas: No se aplicará ningún cargo por las formas presentadas en los chequeos físicos o de deportes. Sin embargo, las formas solicitadas fuera del chequeo físico/deportes tendrá un cargo mínimo de \$10. Para las formas FMLA Habrá un cargo de \$50.
11. Falta de cita / Política de cancelación tardía – Entendemos que hay ocasiones en que debe faltar a una cita debido a emergencias o obligaciones para el trabajo o la familia. Sin embargo, cuando no llama para cancelar una cita, puede estar evitando que otro paciente obtenga el tratamiento que tanto necesita. Las cancelaciones se solicitan 24 horas antes de las citas de cuidado y 2 horas antes para las visitas del mismo día enfermo. PediatricCare of Northern VA, P.C. cobra una cuota por citas que se pierden o bien visitas el mismo día cancelado; paciente establecido enfermo \$75, paciente establecido físico \$125, paciente nuevo enfermo \$150, paciente nuevo físico \$250. Esta cuota no está cubierta por su compañía de seguros.
12. Si un paciente llega 15 minutos o mas despues de su hora de cita, su cita puede ser reprogramada con el fin de mantener a los otros pacientes y los medicos a tiempo. Esto se tratara como una cita Perdida y se cobrara la tarifa correspondiente.
13. Si su familia pierde citas y no cancela, nos reservamos el derecho de pararle servicios a su familia.
14. Las citas que tienen lugar en un día de fiesta federal le hará un cargo adicional de \$60, que se factura a su compañía de seguros.
15. Cuando nuestra oficina está cerrada o está fuera del horario normal de oficina, hay un cargo de \$35 por las llamadas realizadas a nuestro servicio de llamadas después de horas de servicio. Esta cuota no está cubierta por su compañía de seguros. Las llamadas fuera de horario son manejadas por el personal de Rainbow Children's Hospital Call Center. No tienen acceso al historial médico de su hijo. Animamos a los padres a que llamen a la oficina durante horas regulares, sin costo alguno, por consejo de naturaleza no urgente, cuando nuestras enfermeras tengan acceso directo al historial médico de su hijo.

Entiendo firmando a continuación que he leído, entiendo y acepto la política mencionada anteriormente.

Nombre del Paciente Completo (Legal)

Fecha de Nacimiento

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Firma _____

Fecha _____

Escribe tu Nombre _____

Relacion _____