

ANNAPOLIS INTERNAL MEDICINE, LLC

Negocio oficina divulgación y política financiera

El propósito de este formulario es explicar claramente nuestras políticas financieras y procedimientos de la oficina de negocios. Lea el formulario cuidadosamente. Una firma en el formulario indica que usted reconoce y entiende nuestras políticas en su totalidad.

PLANES DE MEDICARE Y SEGURO COMERCIAL

Los proveedores participan con Medicare y los planes de seguro comerciales. "Participación" significa que tenemos un contrato con su compañía de seguros. Presentar sus reclamaciones médicas en su nombre y a la espera de pago menos los copagos o deducibles que son responsabilidad del paciente. ***Usted será responsable de los copagos en el momento del servicio.*** Si usted tiene un plan de atención gestionada o HMO y se ven para servicios de atención primaria, y no nos aparece como el proveedor de cuidado primario en su tarjeta de seguro, debe proporcionar una referencia de la primaria aparece en la tarjeta o usted será personalmente responsable de los gastos incurridos. Si usted está viendo a un especialista en nuestra oficina y su seguro requiere una referencia, debe presentar o tener una referencia válida en el archivo en el momento del servicio, se le pedirá para reprogramar su cita. Si desea acudir a la cita sin una remisión, se le pedirá que firme una renuncia y será personalmente responsable por los gastos incurridos. Si no participamos con su seguro, vamos a presentar una reclamación a su compañía de seguros como una cortesía, sin embargo, se le pedirá a pagar la visita en su totalidad en el momento del servicio. Su seguro debe remitir el pago directamente a nuestra oficina, le reembolsaremos cualquier cantidad de dinero debida.

COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES

Si usted se lesiona en el trabajo, las visitas deben cubrirse debajo los trabajadores el seguro de accidentes de su empleador. ***Usted tiene que reportar su lesión a su empleador tan pronto como sea posible.*** Vamos a presentar sus reclamaciones a la compañía de seguros de compensación a los trabajadores, sin embargo, usted debe suministrarnos con su empleador nombre, nombre de compañía de seguros de compensación a los trabajadores e información de contacto, fecha de la lesión, número de reclamo y de Ajustador nombre y número de teléfono. Falta de proporcionar la necesaria información puede dar lugar a sus reclamos se negó y será su responsabilidad financiera.

ACCIDENTE DE VEHÍCULO / PERSONAL PROTECCIÓN CONTRA LESIONES

Nuestra oficina **No** acepta pago de tercero o un gravamen fiscal como una forma de pago para las reclamaciones relativas a un accidente de vehículo de motor, también conocido como un MVA. Pago por servicios relacionados a un MVA se espera que en el momento del servicio. Se proporcionará un recibo detallado para que usted puede presentar una reclamación a su compañía de seguros de auto para el reembolso.

LABORATORIO Y PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO

Nuestros proveedores pueden ordenar pruebas de laboratorio o estudios de diagnóstico como parte de sus visitas. Su compañía de seguros puede requerir utilizar un laboratorio particular o grupo de radiología. Vamos a hacer todo lo posible para dirigirlo a un centro de participante; sin embargo, si usted decide ir a un laboratorio no participante o grupo de radiología, es financieramente responsable. Se le pedirá llenar formularios adicionales o exenciones que se le notificación de su potencial responsabilidad financiera.

MISCELÁNEOS Y GASTOS RELACIONADOS

Hay varios servicios que pueden incurrir un cargo en su cuenta, que se detallan a continuación. Tenga en cuenta que si es posible enviar los gastos a su seguro, lo haremos como una cortesía. Sin embargo, debe negar su seguro de pago, el honorario será la responsabilidad del paciente.

- 1) Consultas telefónicas con un médico o enfermera durante o después del horario
 - a. Paciente o cuidador (autorizado a hablar en nombre del paciente), debe iniciar la llamada o solicitar una llamada.
 - b. No será cargo para problemas o cuestiones que han sido abordadas durante una visita en el previo de 7 siete días.
 - c. No será cargo para los problemas o cuestiones que requieren o resultan en una oficina, atención de urgencias o sala de emergencia, visite al final del día hábil siguiente.
 - d. Si la razón de su llamada no está cubierta por las condiciones descritas en b) y c) indicados anteriormente, una tarifa se incurrir.
- i. La tarifa base será de \$35 y normalmente se media 5-10 minutos. Habrá un suplemento proporcional de \$20 por cada adicional de 10 diez minutos.
- 2) Formulario
 - a. Forma de administración de vehículos motorizados (MVA) para el estacionamiento de permiso - \$10
 - b. Formulario de familia médica (FMLA) - \$20
 - c. Forma de limpieza cuidado de niños - \$15
 - d. Otras formas como la entrada del colegio, discapacidad, etcetera - \$15
 - e. Cartas de excusa de deber de jurado - \$25
 - f. Tipos de letra varios que requieren revisión del registro médico - \$50

MÉTODOS de pago y vuelto verificar tarifa

Para su conveniencia aceptamos efectivo, cheque, Visa, MasterCard, Discover y American Express para el pago. Hay una cuota de \$35 para cualquier cheque no pagado por su banco.

POLÍTICA DE CANCELACIÓN

Se requiere dar aviso previo para la cancelación de citas 24 horas. No hacerlo puede resultar en una tasa de visita de oficina perdida siendo evaluada. El costo de falta una visita de seguimiento regular es \$40. Falta un examen anual físico y bienestar o un estudio de diagnóstico (como una prueba de densidad ósea, estudio vascular o ecocardiograma), es \$60.

INTERÉS CARGOS / TARIFAS

Vencidos los saldos están sujetos a cargos por intereses o cargos por pagos atrasados. Las declaraciones se envían mensualmente los saldos por \$5. Por favor recomienda que **enviaremos un máximo de tres declaraciones.** Falta de pago resultante saldos de más de 90 días de vencida están sujetos a los procedimientos de recopilación.

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE

He leído y aceptar las políticas de medicina interna de Annapolis como se describe arriba. I asumir la responsabilidad financiera de y de acuerdo al hacer el pago en su totalidad a esta práctica para cualquier y todos los cargos por servicios recibidos por mí, no autorizado o pagado por mi compañía de seguros. Autorizo a medicina interna de Annapolis, LLC para lanzar cualquier información médica necesaria para procesar mi seguro formularios de solicitud y autorizar el pago directo de prestaciones médicas a Annapolis, medicina interna, LLC.

Firma del Tutor Legal o paciente fecha

Fecha

Escriba el nombre

