

Caballero Family Healthcare Group, PLLC
1920 Kirby Parkway Ste. 202 Germantown TN 38138
TELÉFONO (901) 751-9997 FAX # (901) 751-1344
POLÍTICA FINANCIERA PARA PACIENTES
Actualización del 1.º de enero de 2020

Pacientes asegurados

Como su proveedor de cuidados de salud, nuestra relación es con usted, no con su compañía de seguros. Como cortesía, presentaremos su reclamo de seguro por usted. Sin embargo, si su compañía de seguros no responde o no paga el reclamo dentro de los sesenta (60) días, se espera que usted le dé seguimiento con su compañía de seguros. Usted es responsable de cualquier monto que su seguro no pague.

Todos los copagos, deducibles, coaseguros y cualquier saldo pendiente de visitas anteriores deben pagarse en su totalidad al momento del servicio. Se le facturarán los montos adicionales adeudados después de que su compañía de seguros pague su parte de los cargos. Si su compañía de seguros requiere una precertificación / preautorización antes de los servicios, es su responsabilidad asegurarse de que se cumplan los requisitos de la compañía de seguros antes de que se realicen los servicios. Si su compañía de seguros niega los cargos debido a un incumplimiento de los requisitos de precertificación / preautorización, usted será responsable de los cargos rechazados. Si usted nos informa sobre los requisitos de precertificación / preautorización antes de recibir los servicios, con gusto le ayudaremos a obtener la precertificación / preautorización.

Tiene que informarnos sobre cualquier cambio relacionado con su seguro y proporcionarnos su nueva tarjeta de seguro. También tiene que informarnos sobre cualquier cambio de dirección, cambio de nombre u otro cambio que pueda afectar la facturación de su seguro.

Compensación al trabajador

Si tiene un reclamo de compensación para trabajadores, tenemos que recibir una autorización por escrito de su empleador antes de que se puedan prestar los servicios. También tendrán que firmar una Autorización para divulgar información, para permitir la divulgación de información sobre su atención a su empleador o al operador de compensación del trabajador. No podemos facturarle a su seguro de salud a menos que hayamos recibido un rechazo por escrito del reclamo de la compañía de compensación del trabajador de su empleador.

Pacientes sin seguro o que pagan por cuenta propia

Un depósito mínimo de \$ 200 o los cargos reales, lo que sea menor, se debe al momento del servicio por todos los pacientes que pagan por su cuenta. Si los cargos reales superan los \$ 200 y no puede pagar el monto total al momento del servicio, tendrá que hablar con la oficina de facturación para establecer un plan de pago de tres meses.

Si tiene seguro, pero decide ejercer su derecho de HIPAA a pagar por su cuenta, tiene que llenar el Formulario de solicitud de restricción de HIPAA y pagar todos los cargos en su totalidad al momento del servicio.

Formas de pago

Para su comodidad, aceptamos: 1) Efectivo 2) Cheque 3) Tarjetas de crédito MasterCard, Visa, Discover y American Express. Se cobrará una tarifa de \$ 30.00 por todos los cheques devueltos.

Cuentas en mora

Si no realiza pagos a su cuenta y no se comunica con nuestra oficina para hacer arreglos financieros, puede que su cuenta sea asignada a una agencia de cobros por mora después de sesenta (60) días sin pago en la cuenta. Si la cuenta se envía a una agencia de cobros por mora y usted no realiza ningún pago dentro de los treinta (30) días, puede que su cuenta sea reportada a las agencias de crédito. En el caso de que su cuenta se coloque en una agencia de

cobros por mora, se puede agregar una tarifa de cobro de hasta el 33% a su cuenta y se convertirá en una parte del monto total adeudado.

Si su cuenta se envía a una agencia externa de cobros por mora, su saldo deberá pagarse en su totalidad con la agencia de cobros antes de que usted pueda recibir servicios de nuestra clínica. Además, cualquier costo que incurramos por cobros, incluidos los honorarios de abogados y los costos judiciales, se agregarán a su cuenta y usted también será responsable de pagar esos costos. Nos reservamos el derecho de despedirlo como paciente de nuestra clínica debido a facturas impagas.

Costo de completar el formulario

Debido al tiempo y la complejidad de completar varios formularios, tales como el de la Ley de Licencia Médica Familiar (FMLA) y cartas para solicitudes de discapacidad, es posible que tenga que pagar una tarifa (que no exceda los \$ 50.00) para completar dicha documentación. Se le informará del costo, y el monto debe pagarse antes de llenar el papeleo.

Servicios de otros proveedores

Puede que usted reciba servicios relacionados con su visita a esta clínica los cuales sean proporcionados por proveedores de atención médica que no son empleados de Caballero Family Healthcare Group, PLLC. Dichos servicios pueden incluir servicios de ultrasonido o patología. Si recibe este tipo de servicios, compartiremos la información de su seguro con los proveedores de esos servicios para que puedan facturar a su seguro. Sin embargo, puede recibir una factura de esos proveedores por la parte de la factura de la que usted es responsable. Si su compañía de seguros requiere que use solo ciertos laboratorios, por favor infórmenos de este requisito. De lo contrario, usted pudiera ser responsable del costo total de las pruebas de laboratorio si su seguro no paga.

Servicios para menores

Para todos los servicios prestados a un paciente menor (menor de 18 años), el adulto que acompaña al paciente menor es responsable del pago de los cargos, a menos que se hayan hecho otros arreglos por adelantado en la oficina de facturación.

Asignación de beneficios y responsabilidad de pago

Por la presente, asigno todos los beneficios médicos a los que tengo derecho y autorizo y ordeno a mi seguro que emita el pago directamente a Caballero Family Healthcare Group, PLLC por servicios médicos para mí y / o mis dependientes. He leído y entiendo esta política financiera y acepto estar sujeto a sus términos. Cualquier pregunta que tuve fue respondida a mi satisfacción.

Citas perdidas

Si no se presenta a una cita o no avisa con veinticuatro (24) horas de su cancelación, se agregará a su factura un cargo de \$ 25.00.

Nombre del paciente en letra de molde
parte responsable)

Firma del paciente (o

Nombre de la parte responsable en letra de molde

Parentesco con el paciente

Fecha