

### POLÍTICA FINANCIERA

Nombre legal (Primer, Segundo, Apellido): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Gracias por escoger Horizon Family Medicine, PA para la atención médica de su familia. Estamos comprometidos a proveer cuidado de salud de calidad. Apreciamos su compromiso de cumplimiento de este acuerdo.

- **SEGURO MÉDICO** – su seguro médico es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Horizon Family no es parte de ese contrato. Presentamos sus reclamos de seguros en su nombre, como una cortesía. Para que sus reclamos sean procesados manera oportuna y precisa **usted deben presentar una tarjeta de seguro y una tarjeta de identificación emitida por el estado con fotografía** en cada visita. Si llega sin su tarjeta, usted será responsable por todos los cargos hasta que la oficina de facturación halla recibido la información completa, actualizada, y precisa del seguro médico. La política de Horizon Family Medicine es tener los **numeros de seguro social de todos los pacientes** para hacer los archivos de los reclamos del seguro - esto ayuda a proteger el paciente y Horizon Family Medicine de fraude de seguros. Toda la información proporcionada a nosotros es parte de su expediente médico confidencial y está protegida por el acto de portabilidad de seguro de salud y responsabilidad de 1996 (HIPAA).
  - **Submission de Reclamos** – Si su compañía de seguros requiere que se proporcione información a ellos para la tramitación de un reclamo debe cumplir con su solicitud de manera oportuna. **Si su compañía de seguros no ha procesado una reclamó en su nombre dentro de los 90 días de la presentación gracias a la información que no se haya proporcionado, el saldo se transferirá a su responsabilidad.** Si un pago es recibido para ese reclamo, usted sera reembolsado por Horizon Family Medicine, PA antes de 15 días hábiles.
  - **Medicare** – Se espera pago de los deducibles de Medicare y coseguros en el momento de servicio. Como un proveedor participante de Medicare, vamos a presentar su reclamo de Medicare y si corresponde, de su segunda compañía de seguros. Por favor notifique al personal de recepción si han cambiado recientemente sus planes de Medicare. Reclamos de terceras partes son responsabilidad del paciente.
  - **Planes de Seguros Que No Están Contratados**– Pago es requerido al tiempo del servicio.
- **COPAGOS/DEDUCIBLES/PAGOS** – **El pago se requiere en el momento del servicio.** Actualmente aceptamos efectivo, cheques personales, Visa, MasterCard y Discover. si usted tiene una dificultad financiera o si usted no puede pagar su factura en su totalidad, por favor póngase en contacto con nuestra oficina de facturación **ANTES** de su cita para discutir los arreglos de pago. **Habrá un cargo de \$ 35 para todos los cheques devueltos.**
  - **Pago Propio** – Los pacientes sin seguro se clasifican como pago propio. Podemos proporcionar una estimación de los cargos antes del servicio en la oficina. Esta es sólo una estimación, los cargos reales pueden ser mayores o menores. A pacientes de pago propio se les puede dar un **20% de ahorro "pago pronto"** cuando paguen su saldo en el momento del servicio. También puede comunicarse con la oficina de facturación para los arreglos de pago.
- **MENORES** – **Padres y guardianes son responsables por pagos de sus dependientes al tiempo de servicio.** Pacientes entre las edades de 16 y 18 anos pueden pasar a su cita sin que un padre o guardián siempre y cuando un padre o guardián sea accesible por teléfono.
- **CITA FALTADA** – Al menos que la cancele por lo menos 24 horas de advance, un cargo de **\$25 por citas faltadas** sera aplicado. Este cargo no está cubierto por su plan de seguro y es su responsabilidad.

### POLÍTICA DE LA OFICINA

- **TARDE** – Si llega mas de 15 minutos tarde a su cita, se le pedirá que la re programe.
- **REPOSICIÓN DE RECETAS**– Llame a su farmacia y pídale que envíen por **fax una petición de reposición de receta a nuestra oficina.** NO ESPERE hasta que se acabe su medicamento. Pedidos de reposición toman 24-48 horas de días hábiles.
- **FORMAS** – Formularios que requieren revisión médica - incluyendo escolares, guarderías, campamentos y exámenes físicos, autorizaciones previas, FMLA, discapacidad u otra documentación - se completará el plazo de 7-10 días hábiles con una multa de \$15 que debe entregar en a la recepción. Por favor, asegúrese de dejar suficiente tiempo para que se complete. Emergencias serán manejadas en una base de caso por caso.
- **LA CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE** – De acuerdo con el acto de portabilidad de seguro de salud y responsabilidad de 1996 (HIPAA), una copia del aviso de prácticas de privacidad de Horizon Family Medicine está disponible a todos los pacientes en la oficina o por Internet en [www.HorizonFamilyMed.com](http://www.HorizonFamilyMed.com).

### LEA Y FIRME ABAJO

He leído y entendido y estoy de acuerdo con la política financiera y de oficina que se encuentra anteriormente. Autorizo a Horizon Family Medicine a proporcionar información médica sobre mis exámenes y tratamientos a mis compañías de seguros, y asigno todos los beneficios pagaderos a Horizon Family Medicine que se utilizarán para el pago de mi cuenta.

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente (or Guardian Legal)

\_\_\_\_\_  
Fecha