

TRI-COUNTY FAMILY MEDICINE PROGRAM, INC.
INFORMACION DE POLIZA FINANCIERA

Si usted o su dependiente necesita servicios médicos en el estado de Nueva York, deberá de dar permiso. Esta autorización nos permite proveerle servicios a usted y su dependiente. En el caso de emergencia, la autorización no es necesaria.

En la llegada, favor de verificar su información con el secretario médico y reportar cualquier cambio en dirección, número de teléfono, aseguradora, estado civil o cualquier otro cambio ocurrido desde su última visita. Siéntase en la libertad de reportar cualquier queja que sienta respecto a cargos, servicios u otra atención que el personal de la oficina haya desatendido. Haremos lo mejor para corregirlo. Por favor ayúdenos a servirle mejor.

Nuestros empleados estarán encantados en ayudarle a discutir los cargos de los servicios ofrecidos. Queremos que nuestros pacientes entiendan nuestros costos y estén satisfechos de que son razonables y equitativos. Coaseguro/copago se requiere al momento de la visita. Los cargos establecidos en los servicios que usted reciba al momento de su visita sirven como recibo de pago, una indicación de los servicios prestados, incluido el diagnóstico. Tri-County Family Medicine Program, Inc. se esfuerza por asegurar los cargos con precisión a cada visita de paciente. Conforme a nuestros proveedores que en conclusión seleccionan un código de facturación para cada cliente. Un profesional en facturación puede revisar el código de facturación seleccionado y ajustarlo por necesidad médica y precisión. Si hay un cambio de código, el cargo pagado en ese día de servicio puede ser ajustado.

Participamos con casi todas las aseguradoras y cobramos directo al seguro los servicios que apliquen. Si usted tiene un seguro comercial o plan auto asegurado de los empleadores, cobraremos directo al seguro. Tu póliza de seguros es un contrato directo entre usted y la compañía de seguro. No podemos garantizar pagos en su reclamo. Si es pagado, la compañía de seguro tiene que explicarle porque fue rechazado.

Algunos formularios respecto a la evidencia de discapacidad requieren de una evaluación del historial del paciente, contestar preguntas y completar el formulario por el secretario y proveedor. Hay un costo por esto y usted será notificado antes de completar el formulario.

En caso de divorcio/separación de padres, la póliza de Tri-County Family Medicine Program, Inc. les cobrará a los padres legales que tengan la custodia de los niños. Cualquier arreglo financiero son arreglos privados donde Tri-County Family Medicine no es participe.

HISTORIAL MEDICO:

Su historial médico es estrictamente confidencial. La información no será provista a terceros (abogados o compañías de seguros con excepción de portadores de compensación a trabajadores) a menos que tengas autorización por escrito por usted autorizando que se les provea la información. Si usted desea que su información acerca de su condición sea provista a su abogado o a su compañía de seguros, ellos tienen que solicitar la información por escrito y proveernos la misma con la autorización de la HIPAA firmada por usted. Ya que la copia y recopilación de información toma tiempo al personal, estaremos cobrando por esto. El cargo será de 0.75 centavos por página como indica la ley.

ASIGNACION DE BENEFICIO DE SEGURO:

En consideración de los servicios prestados, por la presente autorizo a Tri-County Family Medicine Program, Inc. a presentar reclamos de mi parte a mi aseguradora e irrevocablemente asigno y transfiero los pagos a Tri-County Family Medicine Program, Inc. todos los beneficios de pagos por los servicios prestados por Tri-County Family Medicine Program, Inc. asignación y transferencia será para la recuperación de los pagos asegurados pero no será una obligación de Tri-County Family Medicine Program, Inc. para perseguir tales derechos de recuperación. Una copia de la autorización será considerado tan efectivo y valido como el original. El reclamo de mi aseguradora pudiera ser denegado por falta de elegibilidad o la terminación de la cobertura de los servicios. Usted tomara la responsabilidad de tener la intención de realizar los pagos del balance a tener.

AUTORIZACION PARA DELIBERAR INFORMACION:

Tri-County Family Medicine Program, Inc. está autorizado a liberar a mi compañía de seguros (o al empleado si la cobertura está bajo un plan de seguro autofinanciado) cualquier historial médico perteneciente a los servicios que son cobrados a mi persona o a mi dependiente. Una copia de esta autorización será considerada igual de efectiva como la original. Yo autorizo que se libere toda información médica necesaria para el proceso del reclamo del seguro y/o cumplir con los requisitos de mi plan de salud como auditoria de terceros y asigno beneficios (incluyendo medicare) de tales reclamos hacia Tri-County Family Medicine Programs, Inc.

POLITICA DE DESPIDO:

Entiendo que puedo ser despedido de los cuidados de Tri-County Family Medicine Program, Inc. en cualquier localidad por conducta abusiva.

RECORDATORIO DE CITAS Y COMUNICADOS:

- (coloque una X o \checkmark) yo, autorizo a Tri-County Family Program, Inc. a contactarme por medio de correo electrónico y / o el portal de pacientes para citas, recordatorios de salud e información y para detalles sobre mi aseguradora y mi estado de cuenta. Entiendo que me proveerán con un nombre de usuario y contraseña para el portal de paciente y revisaré y tendré el consentimiento del uso del portal en la primera visita a la página de acceso del portal del paciente. Correo electrónico: _____.
- (coloque una X o \checkmark) yo, autorizo a Tri-County Family Medicine Program, Inc. el uso de mensajes de texto a mi celular para citas y recordatorios, recordatorios de salud e información sobre los detalles de mi cuenta y aseguradora. No se cobran por estos servicios, pero tarifas estándares pueden aplicar dependiendo del plan telefónico que el cliente obtenga. (contacte tu compañía de teléfono para más información sobre su plan y tarifas). Entiendo que esto se aplicara a notificaciones futuras a MENOS que se solicite el cambio en escrito.

AUTORIZACION PARA OBTENER EL CONSENTIMIENTO DEL HISTORIAL DE RECETAS EXTERNAS:

Historial preciso de recetas ayuda a reducir error de medicamentos y mejora la seguridad del paciente. Al autorizar a Tri-County Family Medicine Program, Inc. para que vea su historial de recetas externas provee a nuestro personal con información acerca de sus medicamentos que ya está tomando y minimiza los eventos de medicamentos adversos.

(coloque una X o \checkmark) yo, autorizo a Tri-County Family Medicine Program, Inc. a solicitar, ver y utilizar historial de medicamentos recetados de otros proveedores de cuidado de la salud y / o pagadores de beneficios de farmacia de terceros para fines de tratamiento. Entiendo que esto puede incluir prescripciones de pasados años.

Reconozco que una firma en la plataforma de firma electrónica indica:

He leído y entiendo la póliza financiera de Tri-County Family Medicine Program, Inc. y estoy de acuerdo con la misma y reconozco que he leído que tengo la oportunidad de obtener una copia de los derechos de cobro, folleto de la información del paciente y la ley HIPAA con su notificación de prácticas de privacidad.

Paciente/ nombre del pariente (letra de molde)

Fecha

Firma del paciente/ firma del pariente

Fecha de nacimiento