

CAROLINA ELITE WOMEN'S CARE

Políticas y procedimientos de la oficina

Carpeta # _____ Nombre del paciente: _____

Nos complace participar en su atención médica y esperamos establecer una relación duradera como su proveedor de atención médica. Estas políticas y procedimientos establecerán las expectativas que recibirá de **Carolina Elite Women's Care** y también lo que esperamos de usted como paciente nuestra.

1. **CITAS:** Pedimos que todos los pacientes lleguen al menos 20-30 minutos antes de la hora real de su cita. Es posible que se les solicite a las personas que lleguen tarde que reprogramen su cita. El no enviar la información demográfica completa, el historial médico apropiado o este formulario firmado puede resultar en la reprogramación de su cita.
2. **PÉRDIDA / CITA:** A usted (no a su compañía de seguros) se le cobrará \$25.00 por una cita perdida a menos que la cancele con 24 horas de anticipación. La terminación de la práctica ocurrirá si se pierden 3 citas sin previo aviso de 24 horas dentro de 1 año. Múltiples cancelaciones el mismo día o citas no presentadas también podrían resultar en la terminación. _____ (INICIAL)
3. **TARJETA DE CRÉDITO EN ARCHIVO:** Ofrecemos mantener su tarjeta de crédito o débito archivada como un método conveniente de pago por servicios no cubiertos por su seguro, pero por los cuales usted es responsable. Además, utilizamos este método de pago para citas perdidas y cancelaciones con menos de 24 horas de anticipación. La información de su tarjeta de crédito se mantiene confidencial y segura. Escriba sus iniciales al lado de lo siguiente que se aplique a usted. **Seleccione 1 de los siguientes:**

AUTORIZO a Carolina Elite Women's Care a cobrar la parte de mi factura que es mi responsabilidad financiera y a cargar en mi tarjeta de crédito las citas perdidas o cancelaciones con menos de 24 horas de anticipación. _____ (INICIAL)

O

NO AUTORIZO a Carolina Elite Women's Care a mantener una tarjeta de crédito registrada. En cambio, soy responsable de todos los pagos antes del momento del servicio. _____ (INICIAL)

4. **SEGURO:** *En cada visita se debe presentar un comprobante de la cobertura de seguro actual; de lo contrario, usted será responsable del pago completo en el momento de su visita a nuestra oficina.* Si corresponde, después de presentar información válida del seguro, es posible que reciba un reembolso (dentro de los 30 días) una vez que su compañía de seguros pague los servicios. Si Carolina Elite Women's Care no tiene contrato con su compañía de seguros, usted es responsable del pago completo en el momento de su visita. Si su compañía de seguros considera que su visita es un servicio no cubierto, usted será responsable del pago total. Comuníquese con su compañía de seguros antes de todas las visitas para confirmar la cobertura.
5. **VISITAS FÍSICAS / ANUALES PREVENTIVAS:** La mayoría de las compañías de seguros cubren 1 examen físico anual preventivo por año del plan. Las inquietudes o problemas adicionales que se abordan en esta visita en particular pueden requerir copagos, deducibles o coseguros adicionales para abordar estas inquietudes o problemas adicionales en esta visita. Es responsabilidad del paciente verificar los beneficios del seguro y la responsabilidad financiera antes de todas las citas.

6. **COPAGOS, DEDUCIBLES Y TARIFAS:** Los copagos, deducibles del seguro y tarifas por servicios no cubiertos por su póliza de seguro se cobran en el momento en que se presta el servicio.
7. **LLENADO DE FORMULARIOS / CARTAS:** Se cobrará una tarifa de \$ 25 por completar los formularios y debe pagarse antes de la publicación del formulario, incluidos los siguientes, entre otros: Formularios de discapacidad, FMLA, Permiso de ausencia, Formularios de pedido por correo , Cartas sobre vuelos y / o boletos de avión, cobertura de píldoras anticonceptivas y cartas a empleadores. _____ (INICIAL)
8. **PREGUNTAS FUERA DE HORARIO, PROBLEMAS O REPOSICIONES DE RECETAS:** Para preguntas, problemas o recetas que no sean de emergencia, le pedimos que llame durante el horario de oficina habitual; de lo contrario, se le puede facturar una tarifa por estos servicios no urgentes después del horario de oficina.
9. **LABORATORIOS:** Es responsabilidad del paciente notificar a nuestra oficina, en cada visita, si su seguro requiere que use un laboratorio que NO es utilizado por nuestra oficina. Los laboratorios que utiliza nuestra oficina están publicados en cada sala de examen y se enumeran aquí. Las preguntas relacionadas con las facturas del laboratorio deben dirigirse a ese laboratorio. Laboratorio principal utilizado en este momento:LABCORP
10. **CUENTAS VENCIDAS:** El pago vence cuando se prestan los servicios. Si presentamos su seguro y ellos pagan su parte, cualquier saldo restante es responsabilidad del paciente. Recibirá 3 facturas mensuales de nuestra oficina. Si no ha pagado en su totalidad o no ha organizado y respetado un plan de pago dentro de los 3 meses, se considerará su cuenta para la transferencia a una agencia de cobranza externa y la terminación de nuestra relación de paciente. Comuníquese con nuestra oficina para discutir las cuentas vencidas.

Este es un acuerdo entre usted, el paciente y Carolina Elite Women's Care. Al firmar este acuerdo, acepta cumplir con todas las políticas y procedimientos establecidos en él.

Firma de la Paciente / Responsable: _____

Fecha: _____