



Contrato De Oficina

Nuestro objetivo es brindarle y mantener una buena relación de doctor a paciente. Dándole la oportunidad de leer en contenido del contrato permite que tengamos una buena comunicación y nos ayuda a nosotros a alcanzar nuestro objetivo. Por favor lea cada sección cuidadosamente y inicie en la parte indicada. Si tiene alguna pregunta, por favor háganoslo saber y le ayudaremos con mucho gusto.

Citas

- 1) Nosotros valoramos el tiempo en el cual vemos a su hijo(a). Nosotros no hacemos citas dobles. Si no pueden venir a una de sus citas, agradeceríamos aviso de 24 horas antes de la cita. **Hay un cargo de \$25 si usted no viene a una cita y no cancela.**
- 2) Si usted llega tarde a su cita, es posible que le pidamos que cambie la cita a otro día.
- 3) Nos esforzamos en tratar de minimizar el tiempo de espera; Pero, las emergencias pasan y toman prioridad en el lugar de una cita. Apreciamos mucho su comprensión.
- 4) Antes de hacer su visita anual, por favor verifique con su compañía de seguro médico si la visita va estar cubierta para una visita de salud, y si hay alguna cantidad máxima para esa visita.

Por favor inicie aquí _____

Planes de Seguro Medico

Por favor entienda

- 1) Es su responsabilidad darnos su información de seguro médico correcta. Si la información de la compañía de seguro médico que nos da es incorrecta, **usted es responsable por el pago de la visita y usted será responsable de darle el recibo a su seguro para un reembolso.**
- 2) Si nosotros somos su médico primario, verifique que nuestro nombre y número de teléfono estén en su tarjeta de seguro médico. Si su compañía de seguro no ha sido informada que nosotros somos su médico primario, **usted puede ser responsable por su visita actual.**
- 3) Es su responsabilidad entender su plan de beneficios, por ejemplo, saber cuales beneficios están cubiertos, y cuales farmacias son participantes. Por Ejemplo:
 - a) No todos los planes cubren las visitas del físico anual, físicos para deportes, o visión y examen del oído. Si estos servicios no son cubiertos, usted va ser responsable por el pago al tiempo de la visita. Por favor notifiquenos de cualquier ayuda financiera que usted necesite si no puede pagar al tiempo del servicio antes de la cita.
 - b) Para niños menores de 2 años, hay un límite de cuantas veces pueden ver al doctor para físicos de bebe por año. Si el límite es excedido, su compañía de seguro médico no pagara por los servicios; usted será responsable por el pago al tiempo de servicio. Por favor notifique a nuestra oficina si no puede pagar al tiempo de servicio.
- 4) Es su responsabilidad saber si una referencia se ha hecho o si necesita autorización para ver a algún especialista, aunque pre-autorizaciones sean requeridas antes de un procedimiento, y cuales servicios son cubiertos.
- 5) Es su responsabilidad notificarnos acerca de pólizas de seguro médico primario y secundario (si el paciente tiene más de una aseguradora médica). Si el paciente tiene seguro médico primario privado y también póliza de State AHCCCS, usted tiene que usar la póliza del estado AHCCCS como seguro secundario. Si necesita más información por favor contacte al AHCCCS del estado. Si tiene dos pólizas de seguro médico privado, es su responsabilidad contactar a las dos aseguradoras para actualizar coordinación de beneficios (para saber a cual mandar los reclamos como primaria). Esto facilitará la facturación a sus compañías de seguros y evitará que las visitas no sean pagadas por su plan.

Por favor inicie aquí _____





Referencias

- 1) Aviso por adelantado es requerido para todas las referencias a especialistas. Típicamente entre 3-5 días de negocio.
- 2) Es su responsabilidad saber si el especialista que usted eligió esta contratado con su seguro medico.
- 3) Recuerde, necesitamos aprobar todas las referencias antes de darlas

Por favor inicie aquí _____

Responsabilidad Financiera

- 1) En acuerdo con su plan de seguro médico, usted es responsable por cualquier cargo, deducible, y porcentaje al tiempo de servicio.
- 2) Los Cobros (co-pay) deben ser pagados al tiempo de servicio. Un cobro de \$20 será añadido en adición a su cargo si su cargo no es pagado antes de que el día acabe.
- 3) Pacientes sin seguro medico deben pagar por los servicios al tiempo de la visita. Por favor notifiquenos si necesita un plan de pago si no puede pagar el día del procedimiento antes de la cita.
- 4) Si no participamos con su seguro medico, el pago completo será requerido de usted al tiempo de servicio. Le daremos un recibo para que usted le dé a su seguro médico para que le reembolsen su dinero.
- 5) Saldos de pacientes son facturados inmediatamente cuando recibimos la explicación de beneficios de su seguro medico. Su deuda se debe de pagar dentro de 10 días de cuando recibió el recibo.
- 6) Si no se han hecho planes de pago con nuestra oficina, y han sido mas de 28 días después de que recibió su factura, va a haber un cobro de **\$20** para mandar la factura de nuevo. Si queda un saldo que no a sido pagado después de 90 días, su cuenta será mandada a una agencia de colecciones y los pacientes serán despedidos de nuestra oficina.
- 7) Para pacientes con citas, todos los saldos deben ser pagados antes de la siguiente visita.
- 8) Si su plan de seguro medico de salud tiene un deducible alto, requerimos una copia de su tarjeta de debito o crédito personal o de su seguro médico para mantenerlo en el expediente.
- 9) Nosotros aceptamos dinero en efectivo, cheques, Visa, MasterCard, American Express y Discover, y tarjetas de debito.
- 10) Un saldo de **\$25** será cargado por cualquier cheque que halla sido regresado por fondos insuficientes.

Por favor inicie aquí _____

Formularios

- 1) No hay un cargo por copias de vacunas, formularios de escuela, para campamentos, o para deportes cuando las trae con usted a la visita de su hijo(a), es considerado parte del servicio. Pero, si usted pierde sus formularios; hay un cargo de **\$15** para completarlos.
- 2) Cualquier formulario requerido adicional de escuela, campamento, o deportes después de la visita tendrá un cargo de **\$15** para completarlos. Formularios de Familia y Ley de Licencia Médica tienen un cargo de **\$20**. El pago es requerido al tiempo en el cual son dejadas en la oficina. Requerimos alrededor de 3 días para completar los formularios.

Por favor inicie aquí _____

Transferencia de archivos médicos

- 1) Si usted quiere transferirse a otra oficina, le proporcionaremos una copia de record de vacuna y de la ultima visita con el doctor o doctora, sin algún cargo por cortesía. Necesitamos 30 días de aviso.
- 2) Copia de su record completo esta disponible por un cargo de \$25. Necesitamos aviso de 30 días.
- 3) Proveemos récords de las visitas de su niño(a) (incluyendo consultas de especialistas) prestados aquí en Desert Sun Peditiatrics. Cualquier otros récords medico de otros doctores tienen que ser pedidos por usted del otro doctor.

Por favor inicie aquí _____

Relleno de prescripción

- 1) Para surtir recetas mensuales, requerimos aviso de 48 horas durante horas de oficina. Por favor planifiquelo.





Por favor inicie aquí _____

Política de servicios de bienestar infantil

La buena atención médica para recién nacidos, bebés, niños y adolescentes comienzan con la visita del niño sano (revisión) y otros servicios que ayudan a mantener a los niños sanos. Estos son servicios preventivos. Nuestros médicos y personal brindan estos servicios según un plan llamado Bright Futures. La Academia Estadounidense de Pediatría (AAP) creó este plan para ayudar a los médicos y familias a saber qué servicios preventivos deben recibir los niños desde el nacimiento hasta los 21 años, como exámenes de detección (desarrollo, audición, visión) y consejos para mantenerse seguros y saludables. Este plan puede ser modificado para adaptarse a cada niño según sea necesario. También seguimos el cronograma de vacunas de AAP para recién nacidos, bebés, niños y adolescentes.

Debido a que los servicios preventivos son importantes para mantener a los niños saludables, la Ley de protección de pacientes y asistencia médica asequible (ley de reforma de atención médica) incluye una regla según la cual la mayoría de los planes de salud deben cubrir todos los exámenes y servicios de atención preventiva incluidos en el plan Bright Futures y el calendario de vacunas. Sin embargo, esto no siempre es cierto, ya que algunos planes más antiguos, los planes de derechos reprimidos no tienen que pagar en su totalidad por los servicios preventivos.

También puede haber momentos en que un niño necesite un servicio que no se considere preventivo el mismo día que la visita del niño sano. Si un niño no está bien o se encuentra un problema o necesita ser abordado durante el chequeo, es posible que el médico tenga que proporcionar un servicio *adicional* de visita al consultorio (llamado visita por enfermedad) para cuidar al niño. Este es un servicio diferente y se le factura a su plan de salud además de los servicios preventivos brindados ese día. Si tiene un copago por visitas al consultorio o coseguro o montos deducibles que debe pagar antes de que su plan de salud pague por estos servicios, nuestra oficina le cobrará estos montos.

Valoramos su tiempo y queremos aprovechar al máximo cada cita para el niño. Es por esto que trataremos cualquier problema que requiera atención médica durante las visitas de rutina para que solo se necesite un viaje. Algunos servicios que pueden ser proporcionados y facturados además de los servicios preventivos incluyen:

- El trabajo del médico para tratar más que un problema menor, que se facturará como una visita al consultorio (por ejemplo, si el médico receta, ordena pruebas o cambia la atención por un problema conocido)
- Tratamientos médicos (p. Ej., Tratamientos de respiración)
- Cualquier cirugía (por ejemplo, quitar astillas o algo que el niño le ponga en la nariz o el oído)
- Pruebas/Analices realizadas en la oficina que no están incluidas en el Plan Bright Futures

Nuestra oficina no quiere que se sorprenda con una factura, pero siempre debe facturarle a su plan de salud según los servicios prestados. Por favor, siéntase libre de hacer preguntas sobre los servicios que su plan de salud puede no pagar en su totalidad el día de su visita. Es un placer ayudarlo.

Por favor inicie aquí _____

He leído y comprendido este contrato de oficina y acepto responsabilidad por cualquier adeudo que se exigido como se indica anteriormente.

Nombre del Paciente _____

Nombre del Responsable _____ Relación _____

Firma del Responsable _____ Fecha _____

