



Robeson Family Practice Associates, P. A.

EIN: 56-1903627

1002-C East 4th Ave.

Red Springs, NC 28377

Phone: 910-843-3311 | Fax: 910-843-3599

Herman Chavis, MD | Kenneth Locklear, MD

Jonathan Chavis | Kimberly McIlwain, PM

La Póliza Financiera Del Paciente

Gracias por elegir a Robeson Family Practice Associates como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a construir y mantener una relación exitosa con usted y su familia. Una clara comprensión de nuestra política financiera es una parte importante de este objetivo. Por favor, lea esta política, haga cualquier pregunta que tenga, y firme en el espacio proporcionado.

1. **Seguros-** Participamos en la mayoría de los planes de seguro, incluyendo Medicare, Medicaid, Blue Cross Blue Shield, Tricare, etc. Para poder cobrar correctamente su seguro, requerimos que revele toda su información del seguro incluyendo seguros primarios y secundarios, y también cualquier cambio en su cobertura. La falta de revelar información completa sobre su seguro podría resultar en la su responsabilidad de Costo de su visita y atención médica en totalidad. Como cortesía, verificamos la elegibilidad antes de su visita. Esto NO es una garantía de pago. Su reclamación será procesada de acuerdo con su plan médico. El seguro es un contrato entre usted y la compañía de seguros y harán la determinación final del pago. Si su seguro no se contrata con nuestra clínica y/o somos considerados proveedores fuera del sistema, entonces usted será responsable de pagar la parte no cubierta por el seguro, incluyendo pero no limitado a cualquier servicio y colecciones de laboratorio realizadas durante su visita. Si su compañía de seguros le paga directamente, usted es responsable de hacer el pago a nuestra clínica y acordarse a enviarnos el pago inmediatamente. Póngase en contacto con su compañía de seguros con cualquier pregunta sobre su cobertura.
2. **Primas de Seguro-** Como se mencionó anteriormente, usted tiene un contrato con su compañía de seguros. Si usted no paga su prima de seguro y los servicios son negados, usted será completamente responsable de los cargos incurridos.
3. **Proveedor de Atención Primaria-** Si su compañía de seguros le ha asignado (o ha elegido) otro médico o centro médico como su proveedor de atención primaria, la compañía de seguros tiene el derecho de negar su reclamo. En algunos casos, usted puede ponerse en contacto con la compañía de su seguro y pedir el cambio en proveedor y podemos volver a presentar la reclamación a su seguro. Si la reclamación aún no se paga, entonces usted será responsable de la cantidad adeudada.
4. **Co-pagos y Deducibles-** Todos los co-pagos y deducibles son debidos y cobrados al principio de cada visita. El acuerdo es parte de su contrato con su compañía de seguros. La negligencia de no coleccionar estos pagos en nuestra parte para cobrar copagos y deducibles de pacientes puede ser considerado como un fraude.
5. **Servicios no Cubiertos-** Tenga en cuenta que algunos de los servicios que recibe (como laboratorios, estudios diagnóstico, etc.) pueden no estar cubiertos o considerados médicamente necesarios por Medicare, Medicaid u otras seguranzas. Usted será responsable de estos servicios si no está cubierto por su seguro. Esto también se aplica a los servicios que se pueden tratar pero están fuera de los servicios cubiertos especificados. Por ejemplo, si un paciente tiene Medicaid pero está clasificado como "Planificación Familiar" y él / ella viene a ser tratado por un resfriado. Estos son servicios que no están cubiertos bajo esa forma de Medicaid y el paciente será responsable por esa visita.
6. **Prueba de Seguro-** Todos los pacientes deben completar los documentos de información de paciente antes de ver al médico. Debemos obtener una copia de su licencia o identificación y su tarjeta de seguro para poder obtener prueba de seguro. Si usted no nos entrega esta información de manera oportuna, usted puede ser responsable de los costos de las reclamaciones pendientes. Éste es también el caso y sucede si ocurre una discrepancia del seguro en cual su compañía de seguro indica que el paciente tiene otro seguro que se debe archivar primero.
7. **Presentación de Reclamaciones** - Le enviaremos sus reclamaciones y le ayudaremos de cualquier manera razonable para poder ayudarle a obtener sus reclamaciones pagadas.
8. **Cuenta de Auto-servicio** - Las cuentas de auto-servicio son pacientes sin cobertura de seguro, pacientes cubiertos por planes de seguro en los que nuestra clínica no participa, o pacientes que nunca han proporcionado prueba de seguro. Los casos de responsabilidad también serán considerados cuentas de auto pago. Si hay una discrepancia, el paciente será considerado "auto-pago" hasta que él/ella demuestre lo contrario. Los pacientes que pagan por su propia cuenta serán responsable a pagar el costo total de su primera visita (incluyendo laboratorios, estudios diagnósticos, etc.) por adelantado. Después de la visita inicial, es posiblemente que podremos poner un plan de



Robeson Family Practice Associates, P. A.

EIN: 56-1903627
1002-C East 4th Ave.
Red Springs, NC 28377

Phone: 910-843-3311 | Fax: 910-843-3599
Herman Chavis, MD | Kenneth Locklear, MD
Jonathan Chavis | Kimberly McIlwain, PM

pago en plazo para su conveniencia, a nuestra discreción. Nunca es nuestra intención causarle dificultades a nuestros pacientes, sólo para proporcionar el mejor cuidado posible y la menor cantidad de estrés. Sin embargo, el pago debe hacerse por los servicios prestados. Si usted tiene alguna pregunta, por favor consulte a un coordinador de facturación para discutir un plan de pago de acuerdo mutuo.

9. **Compensación de Trabajadores**- Es responsabilidad del paciente proporcionar a nuestra clínica con la información de autorización o la información de contacto de su empleador con respecto a reclamaciones de compensación de trabajadores. Si la reclamación es negada por la compañía de seguros de compensación de trabajadores, entonces se convierte en responsabilidad del paciente. A su solicitud, presentaremos la reclamación a su compañía de seguro médico principal con una copia de la denegación del seguro de compensación de trabajadores. Si su seguro médico principal niega la reclamación, o si no nos proporciona esta información, usted será responsable del pago en completo.
10. **Accidentes de Vehículos (MVA) y Facturación de Terceros**- No realizamos ni participamos en ninguna facturación de terceros. Nuestra relación es con usted y no con el seguro de responsabilidad o civil de terceros (auto, dueño de casa, etc.). Es su responsabilidad buscar el reembolso de ellos. A su solicitud, podemos presentar una reclamación a su compañía de seguros de salud primaria. Si necesitan información adicional que no se devuelva o se rechace la reclamación, usted será responsable de hacer el pago en completo.
11. **Copias de Archivos Médicos:** Los cargos por archivos médicos a pacientes, abogados, etc. son los siguientes:
 - 1-25 Páginas = \$0.75 Por Página
 - 26-100 Páginas = \$0.50 Por Página
 - 101+ = \$0.25 Por Página

El costo total será recibido por nuestra clínica a recibir todos los archivos pedidos.
12. **Cheques Devueltos**- El costo por cheques devueltos es \$ 25.00 pagado en efectivo o giro postal. Esta cantidad, será aplicada a su cuenta además de la cantidad insuficiente del fondo. Usted puede ser colocado solamente en una base de efectivo, después de cualquier cheque devuelto.
13. **Cuotas de Formulario**- Habrá un cargo de \$ 25 por cada formulario traído / enviado por correo para que el proveedor médico lo llene. Esto incluye formularios de discapacidad, formularios FMLA, etc. Si se requieren varios formularios o separados, nosotros reservamos el derecho de cobrar \$5 por página después de la cuota inicial de \$ 25. Esto significa que podemos cobrar \$ 25 dólares por el primer formulario, y si usted tiene un segundo formulario que es sólo una página y requiere información y tiempo mínima para llenar, sólo puede cobrar \$ 5 por ese formulario en lugar de la totalidad de \$ 25 para el segundo formulario. El máximo que cobraremos por un formulario es \$ 25.
14. **Menores**- Los padres o tutores serán responsables del pago completo de menores o dependientes.
15. **Visitáis Fuera de Hora, Emergencia, Urgente, Visitas en Fin de Semana**-Hay un cargo adicional por visitas echan en los fines de semana, días festivos y visitas después de horas normales. Estos cargos a veces no están cubierto por las compañías de seguros y dependiendo de las reglas de su seguro, usted puede ser responsable de eso costos.
16. **Principios de Contabilidad**- Los pagos y los créditos echo por los pacientes serán aplicado a los cargos más antiguos primero. Los pagos de seguro serán aplicado a la fecha de servicio correspondiente.

Por favor, háganos saber si tiene alguna pregunta o inquietud con respecto a esta política.
He leído y entiendo la política financiera y acepto cumplir con sus términos.

Firma de Paciente

Fecha

Imprimir Nombre del Paciente