

PediatricNeurology, PA &Epilepsy Center of Central Florida

POLÍZA FINANCIERA

Los médicos y el personal de Pediatric Neurology, PA, quisiera darle la bienvenida a nuestra práctica. Nos esforzamos para proporcionarle atención médica excelente y nuestro objetivo es que su visita sea lo más cómoda posible.

Pedimos su ayuda por comprender y cooperar con nuestra política financiera.

Por favor lea esta política y firme abajo confirmando que entiende lo siguiente:

- ES la responsabilidad del padre obtener autorizacionor referidos.
- El padre es responsable para la fuente actual cobertura de su seguro antes de su visita.
- Todos los pagos, auto pagar honorarios, los copagos de seguro, coaseguro y deducibles serán recogidos en su totalidad **antes servicio**.
- Su cuenta es mantenerse actual.
- Un cheque devuelto resultará en un cargo de servicio de \$25 y los pagos futuros que se requiere en forma de tarjeta de crédito o en efectivo.
- Si no tienes tu pago (s), su cita será reprogramada.
- No archivamos seguro secundario para pacientes pediátricos.
- Reembolsos se emitirán dentro de 6 semanas desde la fecha de solicitud, si no hay ningún reclamo pendiente de seguro.
- Hay un cargo de \$25 para la terminación de papeleo (ex: discapacidad, FMLA, etc.). Papel puede tomar hasta 7-14 días para la terminación.
- Cualquier saldo durante 90 días puede ser enviado a las colecciones.
- Nuestra práctica participa con varias compañías de seguros; **es su responsabilidad** para entender los requisitos de entender los requisitos y beneficios de su plan.
- **Usted es responsable** para cualquiera no cubiertos o denegada reclamación; usted recibirá una declaración de cargos negados y pago es debida dentro de 30 días de instrucción.
- Las referencias son pacientes **responsabilidad**, para ser presentado antes de la cita.
- **Todos los cambios**seguro, dirección, refiere el médico y el teléfono debe ser informado a nuestra oficina antes de la cita.
- **Usted está obligado a cancelar citas 24 horas antes de la hora de la cita para evitar \$25 para visita médico y \$200 por procedimiento / instalaciones.**

INICIALES \_\_\_\_\_

**Nos damos cuenta que pueden surgir problemas de finanzas temporal que afecta a pago oportuno. Llame al 407-293-1122 EXT 204, para establecer la correcta gestión de su cuenta.**

**Firma de responsable:** \_\_\_\_\_ **fecha:** \_\_\_\_\_

# **Pediatric Neurology, PA & Epilepsy Center of Central Florida**

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

## **REGISTROS médicos implantador de asignación seguro**

**Permito una copia de estas autorizaciones y asignaciones para ser utilizado en lugar de esta original que está en los archivos de neurología pediátrica, P.A.**

**(INICIALES)** \_\_\_\_\_

**Yo autorizo a Neurología Pediátrica, P.A. para liberar a terceros (tales como una agencia de seguros compañía o gobierno) cualquier información médica y registros de diagnóstico y tratamiento cuando así lo solicite para su uso en la determinación de reclamación de pago.**

**(INICIALES)** \_\_\_\_\_

**Yo autorizo a Neurología Pediátrica, P.A. para liberar mis registros a los prestadores de servicios involucrados en mi niño permanente del cuidado y tratamiento.**

**(INICIALES)** \_\_\_\_\_

**Autorizo la liberación de los registros médicos de mi hijo a Neurología Pediátrica, P.A. a liberarlos de toda responsabilidad o responsabilidad que pudiera surgir de esta autorización.**

**(INICIALES)** \_\_\_\_\_

**Firma responsable:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

# Pediatric Neurology, PA & Epilepsy Center of Central Florida

Ronald Davis M.D., Joseph Cimino, M.D.

Kay Taylor, ARNP, Jennifer Hermantin, ARNP, Leslie Pedreira, ARNP

7485 Sandlake Commons Blvd.  
Orlando, FL 32819

Teléfono: (407) 293-1122 Fax:(407) 253-2170

## Poliza de la oficina en seguros y pagos

Como un servicio de cortesía para usted, nuestra oficina cuenta con un servicio de facturación y participa con varias compañías de seguros. Por favor, familiarícese con las políticas y prácticas de nuestro seguro.

1. Si su compañía de seguros requiere que pague una parte de su atención médica. (es decir, copago, deducible o coaseguro), estamos obligados legalmente a recoger estos y no excepciones. Es necesario realizar los pagos en el momento de su visita.
2. Si eres seguro portador requiere tener un referido para ser visto en nuestra oficina, usted debe proporcionar una remisión o no lo verá.
3. Si su aseguradora requiere conocer un deducible anual antes de salud está cubierta, se le facturará por los servicios prestados si no conoces tu deducible.
4. Se le pedirá dejar un número de tarjeta de crédito en el momento del check-in. Esta información se llevará a cabo con seguridad hasta que su seguro ha pagado su porción y notificado de su parte. En aquel momento cualquier saldo restante adeudado por usted será cargado a su tarjeta de crédito, y se le enviará una copia de esa acusación. Por favor, tenga en cuenta que esto no comprometa su capacidad para disputar un cargo o la determinación de su compañía de seguros de pago.

Yo \_\_\_\_\_ Autorizo (nombre del titular de la tarjeta impresa) neurología pediátrica, P.A. para cargar cualquier excepcional equilibra a las siguientes tarjetas de crédito.

TIPO DE TARJETA	NÚMERO DE CUENTA	FECHA EXP.
American Express		
DiscoverCard		
Master Card		
Tarjeta Visa		

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del Seguro \_\_\_\_\_

**ATENCIÓN: ESTO NO ABRE UNA LÍNEA DE CREDIT GIRATORIO. ESTO ES SÓLO PARA CUBRIR SU SALDO ACTUAL.**

### Polizas de oficina y procedimientos

- ❖ Nuestro horario de oficina es del lunes a viernes 8:00 am a 4:00 pm. Estamos cerrados para el almuerzo 12:00 pm a 1:00 pm
- ❖ Por favor llegar **30 MINUTOS ANTES DE SU HORA DE LA CITA**. Si usted no está aquí en el momento requerido, podemos cambiar su cita.
- ❖ Si usted es incapaz de mantener una cita, nos notifique por lo menos 48 horas de anticipación.
- ❖ Si no se presenta en 3 citas programadas sin avisarnos al menos 48 horas de antelación recibirá notificación que tendrá que seguir con otro doctor.
- ❖ Las llamadas hechas durante el horario comercial será devuelto dentro de 24 horas
- ❖ Después de llamadas de horas son como sigue: Si su llamada es una llamada de emergencia 911 o vaya a la sala de emergencia más cercana. Si su llamada es una urgencia que **no puede esperar** hasta el horario regular puede llamar el practicante médico o la enfermera de guardia en el 407-293-1122 a través de nuestro servicio de contestador.
- ❖ Por favor llame nos 48 horas por adelantado para cualquier receta llenar necesidades.
- ❖ Usted será notificado por correo de los resultados de laboratorio/MRI/EEG. Si usted no ha recibido los resultados dentro de 2 semanas, por favor no dude en contactar con nosotros a 407-293-1122 opción "6 or 9" para que la enfermera.
- ❖ Pago por servicios es pagadero en pleno antes de servicios prestados y la oportunidad de la parte responsable. Por favor refiérase a nuestro apego de política financiera.
- ❖ **Es la responsabilidad del paciente para obtener una derivación o una autorización del PCP/pediatra para la visita. Es política de compañía de seguros del paciente que determina si usted necesita una referencia, si usted no está seguro que usted necesitará contactar a su aseguradora antes de su visita. Si no tienes referido o autorización para la visita y el seguro requiere que uno tenga, la cita puede ser reprogramada.**
- ❖ **Devueltos todos cheques resultará en un cargo por cheque devuelto de \$25,00.**
- ❖ Conocimiento de autorización, beneficios y pagos son hasta el responsable de la persona y/o tomador. Por favor consulte nuestro apego de política financiera. Nota: Si no puedes hablar a con fluidez Inglés, usted debe traer un traductor con fluidez Inglés mayor de 18 años de edad. Esta poliza es para asegurar una comunicación adecuada entre el médico y enfermera para que pueden proporcionar el mejor cuidado para su hijo

Firma del partido responsabilidad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**PediatricNeurology, PA&Epilepsy Center of Central Florida**

**7485 SandlakeCommonsBlvd**

**Orlando, FL 32819**

**Teléfono: (407) 293-1122 Fax:(407) 253-2410**

## **RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**He recibido el aviso de prácticas de privacidad y he estado provando una oportunidad de revisarlo.**

**Nombre de los pacientes:** \_\_\_\_\_

**Paciente fecha de nacimiento:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Firma del responsable del partido:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**PediatricNeurology, PA&Epilepsy Center of Central Florida**

**Ronald Davis M.D., Joseph Cimino, M.D.**

**Kay Taylor, ARNP, Jennifer Hermantin, ARNP, Leslie Pedreira, ARNP**

**7485 Sandlake Commons Blvd.**

**Orlando, FL 32819**

**Teléfono: (407) 293-1122 Fax:(407) 253-2170**

**A LOS MÁS IMPORTANTE PERSONAS EN NUESTRA PRÁCTICA**

## **NUESTROS PACIENTES!**

**TODOS LOS PACIENTES NUEVOS TIENEN SU VISITA INICIAL CON EL DR. DAVIS Y EL DR. LE**

**MUCHAS VISITAS SUBSECUENTES PUEDEN SER CON NUESTRAS ENFERMERAS.**

**TODOS LOS PACIENTES ESTÁN TODAVÍA BAJO EL CUIDADO DEL DR. DAVIS Y EL DR. LE, NUESTRAS ENFERMERAS CONSULTA CON EL MÉDICO PARA TODOS LOS SERVICIOS DADO DE NUESTROS PACIENTES. SI EL MÉDICO CONSIDERA QUE ES NECESARIO, TAMBIÉN VISITARÁ CON EL PACIENTE EN ESE MOMENTO. TODO CUIDADO DE NUESTROS PACIENTE SON MONITORIZADO POR NUESTROS MÉDICOS. SIN EMBARGO, DADO EL TAMAÑO Y ALCANCE DE NUESTRA PRÁCTICA, NO PODRÍAMOS CONTINUAR SIN LA AYUDA DE NUESTROS ASISTENTES DE MÉDICO Y DE NUESTRAS ENFERMERAS.**

**POR FAVOR ENTIENDA QUE A PEDIATRIC NEUROLOGY, PA MANTENGA UNA PRÁCTICA VIABLE, LE PEDIMOS QUE TODOS LOS PACIENTES (LOS PADRES Y TUTORES) ESTAR PREPARADOS PARA VER LAS ENFERMERAS DURANTE LAS VISITAS DE RUTINA**

**SINCERAMENTE,**

**EMMANUEL VEGA**

**ADMINISTRADOR DE PRÁCTICA**