



Política sobre responsabilidad financiera

Capital Area Pediatrics, Inc. cumple con las directrices tanto estatales como federales en la facturación por servicios prestados a nuestros pacientes. Esto nos exige obtener información específica individualmente para cada paciente del grupo familiar, incluyendo: Consentimiento para tratarse, Autorización para cesión de seguros, Autorización para revelación de datos médicos e información individual demográfica y sobre seguros. Comprendemos que la recopilación de esta información puede parecer abrumadora; sin embargo, es necesaria para poderle dar un servicio más eficaz.

Lea cuidadosamente la información indicada abajo. Si tiene alguna pregunta, será un gusto para el personal de nuestro consultorio responderla. También puede preguntar a nuestro Departamento de Facturación por teléfono llamando al 703-359-5105 o comunicarse con nosotros por medio de nuestro sitio web.

1. El padre/madre o tutor que presente al menor para que reciba servicios médicos es la parte responsable financieramente. La responsabilidad financiera de los servicios no se basa en el asegurado principal.
2. Si hay un acuerdo financiero entre los padres actuando como partes individuales en cuanto a la responsabilidad financiera de la atención médica de su hijo, este arreglo es entre las dos partes y no absuelve al padre/madre que lleve a su hijo para obtener servicios de la obligación financiera con nuestro consultorio médico.
3. El padre/madre/tutor debe dar información demográfica y sobre seguros antes del tratamiento del paciente. Según los contratos de Capital Area Pediatrics con diversas compañías de seguros, debemos facturar estos servicios de forma oportuna (como está definido en los contratos individuales). Si se determina que el padre/madre/tutor no dio la información correcta para los servicios prestados y nos pasamos del límite de tiempo oportuno para la presentación de los documentos, el padre/madre/tutor tendrá la responsabilidad de cubrir el total adeudado por los servicios prestados.
4. Cuando se soliciten los servicios se pedirá una identificación válida emitida por el gobierno a la persona que autoriza los servicios de atención médica para el menor designado abajo. Si no se presenta la identificación, Capital Area Pediatrics tiene el derecho de denegar el servicio. Tenga en cuenta que si se está otorgando este derecho a un cuidador (por ejemplo, una niñera o un abuelo) que no sea el tutor legalmente designado del menor, debe haber autorización por escrito. La autorización por escrito debe ser por un período de tiempo especificado y se puede revocar por escrito en cualquier momento. El tutor legalmente designado que firme la autorización será responsable financieramente de los servicios prestados.
5. Tiene que presentar su tarjeta del seguro en cada visita al consultorio. La prueba de cobertura no garantiza el pago. Si tenemos un acuerdo con su aseguradora, cobraremos el copago al momento de su visita. Algunos planes de atención administrada exigen que seleccione a un médico de atención primaria (PCP). Si la información de su seguro está incompleta o no estamos en la lista como su PCP, usted será el responsable de pagar la cantidad total adeudada en el momento del servicio.
6. El padre/madre/tutor tiene la responsabilidad de saber qué beneficios no están cubiertos por el programa de seguros en el que participa ya que el personal del consultorio no tiene acceso a esta información. Además, el padre/madre/tutor tiene la responsabilidad total de todos los cargos que se denieguen como servicios no cubiertos, deducibles, coaseguros o copagos. Si el padre/madre/tutor tiene preguntas relacionadas con la cobertura, debe comunicarse directamente con el departamento de Recursos Humanos de su empleador, su agente de seguros o la compañía de seguros. Para su referencia, en nuestro sitio web mantenemos formularios de autorización de servicios que con información sobre nuestros procedimientos estándares, por visita, incluyendo nuestros códigos y cargos de Capital Area Pediatrics (CPT).
7. Es responsabilidad del padre/madre/tutor abrir y leer la explicación de beneficios que le envían del seguro. Si el padre/madre/tutor cree que ha habido un error al procesar el reclamo, debe llamar directamente a la compañía de seguros. El Departamento de Facturación de Capital Area Pediatrics lo ayudará a resolver el reclamo.
8. Si el paciente está sin seguro o está cubierto por un plan de seguros que no tiene un acuerdo de proveedor con Capital Area Pediatrics, Inc., el padre/madre/tutor tiene la responsabilidad total de todos los honorarios.
9. Capital Area Pediatrics prefiere no atender a menores a menos que estén acompañados por uno de sus padres o su tutor. Si viene un adulto alterno autorizado o un menor no acompañado (16/17 años de edad) para obtener servicios y el padre/madre autoriza la atención, el padre/madre que autoriza el tratamiento asumirá la responsabilidad financiera. Si el menor no vendrá acompañado, avíselo anticipadamente a nuestro consultorio.
10. Si un menor viene para obtener servicios y pide privacidad respecto de su padre/madre o tutor, está en su derecho con base en el Estatuto de Virginia 54.1-2969. El menor será responsable financieramente de los servicios prestados según las condiciones en que a los menores se los considere adultos para fines del consentimiento. Sin embargo, si el paciente menor de edad lo elige, puede renunciar a sus derechos a la privacidad y pedir que facturen los servicios al seguro de sus padres. El padre/madre tendrá que comunicarse con nuestro consultorio para relevar al menor de su responsabilidad financiera.

11. Se espera el pago al momento del servicio o según el acuerdo del consultorio con su compañía de seguros. Después de que se haya recibido una explicación de beneficios de la compañía de seguros, cualquier saldo que se determine como responsabilidad del paciente se debe pagar en un plazo de treinta (30) días. Si no se hacen los pagos a tiempo, es posible que se contraten los servicios de un abogado o de una agencia de cobros. **Si se traslada la cuenta a una agencia de cobros, se agregará a la cuenta las responsabilidades de cobro que surjan.** Ese cargo equivale a \$10 por cada menor con deuda pendiente. Nos reservamos el derecho de dar de baja a la familia de nuestro consultorio médico si no se cumple con la obligación financiera.
12. Para comodidad de nuestras familias, Capital Area Pediatrics ofrece actualmente guardar la información de tarjetas de crédito en las cuentas de los pacientes. La información de tarjetas de crédito se guarda con Elavon, un procesador seguro de tarjetas de crédito. **A la tarjeta de crédito registrada en el expediente se le cobrará únicamente la cantidad no cubierta por el seguro, hasta un máximo de \$1,500, por servicios prestados.** Puede cancelar el acuerdo de tener su tarjeta en el expediente en cualquier momento comunicándose con recepción del consultorio de Capital Area Pediatrics.
13. Capital Area Pediatrics, Inc. cobra un cargo de \$50.00 por todas las citas a las que no se llegue el paciente y por las citas que se cancelen con menos de 24 horas de anticipación a la hora programada. Llegar con 20 minutos o más de retraso se considera no haberse llegado a la cita. Como un gesto de cortesía a nuestros pacientes, Capital Area Pediatrics trata de recordarle las citas programadas con dos días de anticipación. Se considerará que los pacientes que falten frecuentemente a las citas programadas tienen un problema crónico de asistencia y se pueden dar de baja de Capital Area Pediatrics.
14. El expediente médico de un paciente es propiedad de Capital Area Pediatrics, Inc., que conserva el expediente. El paciente tiene el derecho de acceder al expediente médico o de obtener una copia. Los cargos asociados con las copias de los expedientes médicos cumplen con la sección 8.01-413B del Código de Virginia. El formulario de Revelación de expedientes médicos detalla los cargos asociados y está en nuestro sitio web.
15. Capital Area Pediatrics ha establecido un programa de Triaje fuera del horario laboral. Recuerde que este servicio es para ayudar solamente en situaciones de urgencia o emergencia y todas las demás consultas deben esperar hasta que el consultorio abra el día hábil siguiente. Podría haber un cargo de \$15.00 en el caso de que se usen nuestros servicios de triaje fuera del horario laboral para consultas no urgentes.
16. En caso de que su proveedor esté de acuerdo en que se atienda a su hijo en el consultorio un domingo o día festivo para atención de urgencia/emergencia, habrá un honorario extra de \$30.00 por servicios prestados. Es posible que su plan de seguros no cubra este honorario y que, por lo tanto, sea su responsabilidad.
17. En algunas ocasiones, los proveedores pueden ofrecer una consulta telefónica para hablar sobre la atención de su hijo. Los cargos por una consulta telefónica se basan en el tiempo que se le dedique. Consulte nuestros formularios de autorización de servicios correspondientes a los honorarios aplicables al momento del servicio. Si el seguro determina que el paciente es responsable de alguna parte del pago, se le facturará por el saldo pendiente. Este servicio puede generar la necesidad de que un proveedor atienda a su hijo en el consultorio en un período de 24 horas. Si esto ocurre, no se le cobrará por el servicio telefónico, sino que se cobrará por la visita al consultorio.
18. Se cobrará un honorario de \$10.00 por todos los formularios. Lleve todos los formularios al momento de su visita. Deje que pasen hasta siete días hábiles para completar todos los formularios por cuestiones físicas, de campamento y de deportes.
19. Si rechazan un cheque por fondos insuficientes, se tasarán un honorario de \$30.00 por cheque rechazado.

Si se necesita asistencia para resolver un problema de facturación, comuníquese con el Departamento de Facturación al 703-359-5105, entre las 8:30 a. m. y las 5:00 p. m., de lunes a viernes.

Los honorarios están sujetos a cambio. Los honorarios actuales están disponibles en Autorizaciones de servicio, que puede encontrar en nuestro sitio web.

Comprendo que con firmar indico que he leído la política indicada abajo y que estoy de acuerdo con ella.

Nombre del paciente (en letra de molde) _____ Fecha de nacimiento _____

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

Nombre en letra de molde del padre/madre/tutor _____