



Póliza de Responsabilidad Financiera del Paciente y Consentimiento para el Tratamiento

Gracias por elegir South Carolina ENT, Alergia y Medicina del Sueño (SCENT) para atender las necesidades de salud para usted y su familia. Es un placer participar en su necesidad médica y esperamos establecer una relación duradera como su proveedor de atención médica. Como parte de esta relación, hemos delineado nuestras expectativas para su responsabilidad financiera en nuestra póliza de responsabilidad del paciente. Por favor lea este documento a fondo.

Cambio de Domicilio

Es importante que tengamos la información de su domicilio correcta en el archivo. Por favor, aconséjenos en cualquier momento si hay un cambio en su domicilio, teléfono u otra información de contacto.

Los Copagos

Los copagos se cobran en el momento del registro de entrada. Aceptamos efectivo, cheques, la mayoría de las principales tarjetas de crédito y Care Credit. Nosotros somos contractualmente requeridos, por su compañía de seguros, para cobrar un copago en el momento del servicio.

Facturación

Si tiene un saldo adicional después de su visita, puede esperar recibir un estado de cuenta de facturación. Las declaraciones se envían mensualmente. El pago es requerido dentro de los diez días de su estado de cuenta.

La Falta de Pago

Los pacientes que ignoran los avisos de cobro y no pagan su saldo serán enviados a una agencia de cobro exterior. Los pacientes enviados a una agencia de cobro exterior arriesgan que su crédito sea afectado negativamente posible cancelación de servicio médico.

En caso de que el saldo de su cuenta se convierta en incobrable o si usted se quiebra, seguiremos viendo su situación de emergencia solo durante 30 días, lo que le dará tiempo para encontrar una nueva clínica de atención médica.

Tarifas

Los cheques devueltos están sujetos a una tarifa de \$25.00.

Si debe cancelar una cita, SCENT requiere un aviso mínimo de 24 horas. Si no se dan 24 horas de aviso de cancelación o si se mantiene su cita programada puede resultar en un cargo de \$75.00. Las citas perdidas representan un costo para nosotros, para usted, y para otros pacientes que podrían haber sido atendidos en el tiempo reservado para usted. Nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa por las citas canceladas o perdidas. Esta póliza incluye, pero no se limita a, los nombramientos para pruebas de alergia y estudios del sueño.

Hay una tasa administrativa para los registros médicos y completar formularios como FMLA, licencia de ausencia, discapacidad, etc. La mayoría de las solicitudes de registros/formularios requieren de cinco a siete días hábiles para investigar y completar.

Programa de Tarifas

FMLA y formularios de discapacidad:	1 página = \$5.00	2 páginas = \$10.00
	3 páginas = \$15.00	4-5 páginas = \$25.00

Las páginas adicionales de más de 5 son \$5.00 por página.

Registros médicos: \$25.00

No hay ningún cargo por los registros médicos que se envían a otro proveedor de atención médica o centro de salud.

Carta de Necesidad Médica: \$30.00

Garante

Cualquier paciente mayor de 18 años, o menor emancipado, será responsable financieramente de todos los cargos incurridos. Si otra parte es responsable del pago de su cuenta, debe pagar su saldo en su totalidad y negociar el pago con ellos fuera de nuestra oficina. Esta póliza incluye a los individuos que negocian acuerdos de divorcio y/o involucrados en litigios de lesiones personales.

Seguro

Es importante que usted sea un consumidor informado que entienda las especificaciones de su póliza de seguro (por ejemplo, cobertura de visita a la oficina, requisitos de referencia/autorización para atención especializada, etc.). Su póliza de seguro de salud es un contrato entre usted y su compañía de seguros de salud o empleador. Tenga en cuenta que es su responsabilidad saber si su seguro tiene reglas o regulaciones específicas, tales como necesidades de referidos, precertificaciones, reautorizaciones y límites en cargos ambulatorios independientemente de si nuestros médicos participan o no.

Debe presentar su tarjeta de seguro actual en cada visita. Como cortesía para usted, facturaremos a su compañía de seguros directamente por los servicios médicos prestados. Por favor, tenga en cuenta que en última instancia es usted financieramente responsable del pago de los servicios médicos prestados.

Si no está seguro acerca de sus beneficios actuales de la póliza de seguro de salud, debe comunicarse con su plan para conocer los detalles de sus beneficios, honorarios de bolsillo y límites de cobertura.

SCENT contrata con muchos planes de seguro. Antes de su cita, por favor asegúrese de que su médico está dentro de la red y los servicios están cubiertos bajo su plan. Si su médico está fuera de la red, se le facturará por el costo de la atención. Si contactamos a su aseguradora con respecto a beneficios o autorización en su nombre, no somos responsables de la información inexacta que nos haya proporcionado su proveedor. Confiamos de buena fe, en el transportista para proporcionar información precisa que puede ser transmitida a usted.

Consentimiento para el Tratamiento con Endoscopia Nasal y/o Laringoscopia

Tenga en cuenta que ciertos procedimientos realizados en nuestra oficina no están incluidos en la visita. Estos procedimientos se facturarán por separado y además de los cargadores de visitas a la oficina. Nos hemos dado cuenta de que algunos transportistas de seguros clasifican estos procedimientos como "cirugía" y aplican los cargos a una mayor cantidad deducible. El resultado puede ser un pago de seguro para una visita al consultorio, pero no un procedimiento. En tales casos, el pago del procedimiento se realizará por el paciente. Tenga la certeza de que estamos siguiendo las guías de codificación de facturación aceptadas y que todos los procedimientos se realizan en el mejor interés de la atención al paciente. Los ejemplos de procedimientos en la oficina incluyen, pero no se limitan a:

- La laringoscopia flexible: Este procedimiento implica pasar un largo y delgado alcance flexible a través de la cavidad nasal y en la garganta. El alcance de la fibra óptica permite al médico visualizar las áreas de la garganta que no se ven fácilmente usando los espejos laríngeos.
- La endoscopia nasal: Este procedimiento utiliza un endoscopio flexible o rígido unido a la fuente de luz para ver las áreas de las cavidades nasales que no pueden ser vistos por el médico usando el espéculo nasal estándar y el espejo de la cabeza.
- Endoscopia nasal con desbridamiento o control de epistaxis: Este es el mismo procedimiento que el anterior con la eliminación de las costras o el control de las hemorragias nasales.

Los riesgos razonablemente previsibles para los procedimientos especificados anteriormente incluyen, pero no son limitados, malestar/dolor, sangrado, náuseas y dolor de garganta. En circunstancias extremadamente raras, uno puede desarrollar una reacción al medicamento anestésico previo al procedimiento (Afrin para reducir el tejido y Lidocaine a entumecido) que podría causar problemas que amenazan la vida, como hinchazón de la laringe que podría hacer que la respiración difícil y requieren gestión de la vía aérea de emergencia.

Por favor, hable con nuestra enfermera o asistentes clínicos si tiene alguna pregunta.

Los Pacientes de Medicare

Es posible que Medicare no cubra algunos de los servicios que su médico recomienda (es decir, las lesiones). Se le informará antes de tiempo y se le dará un Aviso de Beneficiario Avanzado (ABA) para leer y firmar. La ABA le ayudará a determinar si desea recibir el servicio, sabiendo que puede ser responsable del pago. Usted debe leer la ABA con cuidado.

Menores y Dependientes

Los padres y guardianes son responsables de los pagos de dependientes en el momento en que se prestan los servicios. Los menores y dependientes deben presentar una tarjeta de seguro válida en cada visita si se va a llenar una reclamación. El padre/tutor/adulto acompañante es responsable del pago completo en el momento del servicio. En el caso de divorcio, por favor no coloque nuestra oficina en medio de disputas matrimoniales. Es su responsabilidad trabajar por el pago de la atención médica de su hijo entre el padre con custodia y sin custodia. Tenga en cuenta que la ejecución de este documento constituye su aceptación de la responsabilidad financiera del paciente nombrado a continuación.

Citas no de emergencia

Los saldos pendientes o la falta de pago de los copagos al momento del registro de entrada pueden dar lugar a que se reprogramen citas rutinarias o de cribado.

Pago Puntual

Al igual que hacemos todo lo posible para acomodar a los pacientes que necesitan atención médica, esperamos que los pacientes hagan todo lo posible para pagar los saldos de las cuentas de inmediato. El pago es requerido en el momento en que se proporcionan los servicios o al recibir la declaración de nuestra oficina de facturación.

Referencias y Autorizaciones

Por favor, tenga en cuenta y proporcione las referencias requeridas o autorizaciones antes de la cita. Si usted no proporciona estos antes de la atención se le proporciona usted será responsable por el costo de la atención. Cuando tenga dudas, comuníquese directamente con su plan de seguro para obtener aclaraciones.

Los Pacientes de Auto pago

Los pacientes de auto pago deben estar preparados para pagar en el momento de cada visita. Se requiere que los nuevos pacientes de auto pago hagan un pago de \$275.00 en el momento del servicio para las citas iniciales. Los pacientes de auto pago establecidos están obligados a hacer un pago de \$175.00 en el momento del servicio para cualquier cita posterior. Es importante tener en cuenta que estos pagos pueden o no cubrir el cargo completo para la fecha de servicio. Cualquier saldo restante, después de la cuota de servicio se ha aplicado, se facturará al paciente.

Compensación al trabajador

El paciente debe proporcionar, en el momento del servicio, los siguientes elementos: número de reclamo, nombre del transportista, fecha de la lesión, empleador en el momento de la lesión, nombre y número de teléfono del Ajustador de la reclamación. Sin esta información, el paciente será responsable de todos los cargos y se le requerirá para hacer un pago de \$275.00 en el momento del servicio es que no tienen otra póliza de seguro válida en el lugar.

He leído la póliza anterior sobre mi responsabilidad financiera a SCENT para proporcionar servicios de salud. También he leído la póliza anterior sobre el consentimiento para el tratamiento y reconozco que mi firma a continuación autoriza el tratamiento para el paciente nombrado a continuación, según lo recomendado por mi proveedor. Reconozco que estoy legalmente autorizado a dar mi consentimiento para el tratamiento para el paciente nombrado a continuación. También reconozco que mi consentimiento para el tratamiento permanecerá en vigencia hasta que se revoque por escrito. Certifico que la información proporcionada a SCENT es, a mi mejor conocimiento, verdadera y precisa. Autorizo a mi aseguradora a pagar cualquier beneficio directamente a SCENT. Acepto pagar a SCENT el monto total y completo de todas las facturas incurridas por mí o el paciente mencionado anteriormente, si corresponde, cualquier monto adeudado después de que los reclamos hayan sido procesados por mi aseguradora.

Firma del Paciente/Padre/Tutor/Guardian

Fecha

Nombre Impreso

Relación con el Paciente

Nombre del Paciente