

Autorización de privacidad HIPAA

En nuestro esfuerzo por cumplir con la portabilidad del seguro de salud y la actividad de la cuenta (HIPAA), debemos estar seguros de que guardamos su privacidad de acuerdo a sus deseos. Por favor proporcione el nombre y número de teléfono de la persona asignada con la que podamos discutir los siguientes asuntos;

- Dejar mensajes respecto a citas, tratamientos y resultados de pruebas
- Discutir sobre sus citas y problemas de facturación.

Persona(s) Autorizada (Imprimir)

Numero De Tel

Consentimiento de tratamiento

(Iniciales)

Yo autorizo el consentimiento de tratamiento a Metro Dermatology. Esto puede incluir la administración de medicamentos, pruebas de diagnóstico y procedimientos según lo considere necesario mi médico, o los asistentes o designados del médico, para fines de diagnóstico o tratamiento.

Autorización y Asignación

(Iniciales)

Autorizo a Metro Dermatology a divulgar cualquier información médica u otra información requerida para procesar mi reclamo de seguro. También autorizo el pago de mis beneficios a Metro Dermatology. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo no cubierto por mi compañía de seguro.

Reclamaciones de Medicare

(Iniciales)

Somos proveedores participantes en el programa de Medicare. Aceptaremos asignaciones por los servicios que brindamos. Los pacientes son responsables de alcanzar su deducible anual y su coseguro del 20%. También enviaremos reclamos a seguros secundarios / suplementarios si corresponde. Sin embargo, en el caso de que el seguro secundario no pague dentro de los 60 días, a los pacientes se les facturará el saldo.

Garantía de pago

(Iniciales)

* Responsabilidad del paciente.

Entiendo que soy responsable de cualquier monto no cubierto por el seguro. Acepto proporcionar el pago dentro de los treinta (30) días posteriores a la notificación mediante declaración de esta responsabilidad. De lo contrario, incurrirá en cargos de facturación adicionales. Esto se aplica si estoy cubierto por un seguro HMO, PPO o un plan de salud grupal tradicional.

Si mi cuenta se atrasa, entiendo que está sujeta a colocación en una agencia de cobranza externa. Se agregará al saldo referido una tarifa de cobro, que no excederá el 30% del saldo impago, incluidos, entre otros, los honorarios de la agencia de cobro, los honorarios de abogados, los honorarios de presentación y los costos judiciales cuando sea necesario.

* Seguros contratados.

Si participamos (estamos contratados) con su plan de seguro, presentamos reclamos como cortesía para usted. Usted será responsable de: - Copagos - Deducibles anuales - Coaseguros - Servicios no cubiertos

* Servicios no cubiertos.

Los seguros médicos dicen habitualmente: "La determinación del beneficio se realiza en el momento en que se recibe el reclamo". A menudo no sabemos si los tratamientos estarán cubiertos hasta que recibamos la EOB del asegurador (explicación de los beneficios). Una vez que se haya recibido la EOB de su reclamo presentado en Metro Dermatology, se le facturarán los artículos no cubiertos por su plan de seguro. Los servicios pueden ser negados por su seguro medico porque considera los servicios:

1) Medicamento innecesarios 2) para una afección preexistente 3) cosmético.

En caso de que Medicare o cualquier compañía de seguros negen el pago, acepto ser personalmente y totalmente responsable del pago.

* **Transferencia de saldo acreedor.** El saldo acreedor resultante del pago a Metro Dermatology del seguro u

* **Patología y Cargos de Laboratorio.** Los cargos finales de laboratorio no se pueden anticipar al momento del servicio y no están bajo nuestro control. Los laboratorios clínicos realizarán todas las pruebas necesarias para aclarar o confirmar un diagnóstico. Esto puede resultar en tarifas adicionales significativas. Usted será responsable de cualquier monto no cubierto por el seguro.

(Iniciales)

Tarifas

* Cargo de re-pago de copago.

Nuestro contrato con su seguro medico requiere que cobremos los copagos en su totalidad al momento del servicio. Si solicito que se me facture el copago en lugar de pagarlo al momento del servicio, se aplicará un cargo de servicio de \$25 por la facturación adicional necesaria para cobrar el copago.

*Cargo de seguro.

Si no proporciono la información correcta del seguro antes de la fecha límite de presentación de reclamos de mi seguro medico, seré responsable del costo total de la visita.

* Cheques devueltos.

Hay una tarifa de procesamiento de \$25 por cheques devueltos. Los cheques devueltos también se pueden enviar a nuestra agencia de cobranzas para que tome más medidas.

*Transferencia de registros medico.

Un cargo administrativo por procesamiento en los siguientes estados:

Nueva York: setenta y cinco centavos (\$.75) por página y un cargo razonable por imágenes de diagnóstico, más los gastos de envío.

Nueva Jersey: \$ 1.00 por página para las primeras 100 páginas.

\$.25 por página a partir de entonces a un cargo máximo de \$ 200.00 por todo el registro

(Iniciales)

Regla de cancelación de citas o "Cita Perdida":

Notificaré a Metro Dermatology con al menos 24 horas de anticipación si no puedo cumplir con mi cita. Una cancelación con menos de 24 horas de anticipación se considera una "Cita Perdida". Entiendo que al perder mi cita se me puede cobrar una tarifa de \$ 50.00. Entiendo que dejar un mensaje en el contestador automático no es una cancelación aceptable.

(Iniciales)

Este cargo no es facturable a ninguna compañía de seguros

Estoy de acuerdo en proporcionar un número de tarjeta de crédito, que puede cobrar \$ 50 por no presentarse a una cita programada. Entiendo que debo cancelar o reprogramar una cita con al menos 24 horas de anticipación para evitar un posible cargo de no presentación en la tarjeta de crédito provista.

Las citas pueden cancelarse llamando al 718-886-9000 o enviando un mensaje de texto con una respuesta cuando reciba el enlace de confirmación de la cita. Metro Dermatology me ayudará a reprogramar la cita si es necesario

(Iniciales)

Recarga de recetas

Los pacientes reciben suficientes recetas para mantenerlos hasta su próxima visita. Por lo general, se requiere una visita de seguimiento para las recetas escritas hace más de 6 meses. Dependiendo del medicamento, se puede dar una recarga única. If I want to be seen without my insurance card for my first visit, I understand that I will be charged the standard commercial fee.

(Iniciales)

Sin tarjeta de Seguro

DEBE presentar su (s) tarjeta (s) de seguro y una identificación con foto en su primera visita, y siempre que haya algún cambio en su seguro. Debido a los recientes incidentes desafortunados de fraude de seguros, no podremos proporcionar servicios a pacientes que no presenten sus tarjetas de seguro y una identificación con foto al momento del servicio. Si no tiene su tarjeta de seguro o identificación con foto, deberá reprogramar su cita. Si desea ser atendido sin su tarjeta de seguro para su primera visita, se le cobrará nuestra tarifa comercial estándar.

Firma: X _____ **Fecha:** _____ / _____ / _____

Almacenaremos la información de su tarjeta de crédito con un proveedor externo, Stripe. Stripe almacena la información en un sitio separado y seguro. Esto nos permite ejecutar transacciones con tarjeta de crédito dentro de nuestro sistema. El personal de la oficina no tendrá acceso a la información de su tarjeta. Solo se mostrarán en nuestro sistema los últimos 4 dígitos de su tarjeta.

Fecha: _____ / _____ / _____ MRN: _____

(Solo Para Uso De Oficina)

Nombre: _____

Cuestionario De Pre-evaluación Para Pacientes

(Updated in July 2022)

Debido a la pandemia de COVID-19 y el brote de la viruela del mono, todos los pacientes y sus acompañantes deben de completar este formulario antes de iniciar la consulta. Su visita está sujeta a aprobación después de completar este formulario. Solo 1 persona puede acompañar a menores y pacientes con discapacidad. Gracias por su cooperación.

1. ¿Usted o alguien en su hogar ha experimentado algún síntoma nuevo como erupción o lesiones inexplicables, fiebre, dolor de cabeza, dolor de garganta y/o fatiga?
 SÍ **No**
2. ¿Usted ha salido positivo por el COVID-19 en los últimos 14 días?
 SÍ **No**
3. ¿Ha salido positivo por la viruela del mono o el virus orthopox en los últimos 21 días?
 SÍ **No**
4. ¿Ha estado en contacto con alguna persona que salió positiva o está en cuarentena por el coronavirus o la viruela del mono en los últimos 21 días?
 SÍ **No**

Al firmar a continuación, usted certifica que las respuestas anteriores son verdaderas. Al no responder con sinceridad o retener información intencionalmente dará lugar a la destitución de nuestra práctica y puede estar sujeto a las leyes aplicables.

Firma X _____