

**HIPAA**

Nuestra oficina cumple con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico para garantizar que toda la información de nuestros pacientes se mantenga debidamente confidencial. A menos que nos notifique lo contrario, podemos usar y divulgar sus registros médicos SOLO para fines de tratamiento (en lo que respecta a la coordinación de su atención con otros proveedores y servicios), pago (en lo que respecta a obtener reembolso por servicios, confirmar cobertura y facturar a su compañía de seguros) y operaciones de atención médica. Podemos comunicarnos con usted para proporcionarle recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud. A menos que usted notifique lo contrario, a veces podemos dejar un mensaje en el contestador automático de su casa, con un miembro de la familia, o enviar información por correo a su domicilio con respecto a su información médica.

**Por favor, poner cualquier otra persona que pueda tener acceso a su información de salud**  
(Esto incluye padrastros, abuelos y cualquier cuidador que pueda tener acceso a los registros de este paciente)

Nombre \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_

El abajo firmante reconoce que ha revisado el aviso de prácticas de privacidad actualmente publicado o Windsor Dermatology, PC y The Psoriasis Treatment Center of Central New Jersey. Entiendo que mi información personal solo se usará y / o divulgará como se mencionó anteriormente, y que tengo derecho a solicitar restricciones con respecto al uso de mi información personal. Una copia de este documento firmado y fechado será tan efectiva como el original. Mi firma también servirá como una divulgación de documentos de PHI en caso de que solicite que los registros médicos / de tratamiento se envíen a otros médicos / instalaciones asistentes en el futuro.

Puede negarse a firmar este reconocimiento y autorización. Al negarse, es posible que no se nos permita procesar sus reclamos de seguro.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Representante Legal/Nombre del Padre

\_\_\_\_\_  
Representante Legal / Firma de Padres

**CONSENTIMIENTO PARA OBTENER UN HISTORIAL DE PRESCRIPCIÓN EXTERNO**

Autorizo a Windsor Dermatology, PC y The Psoriasis Treatment Center of New Jersey a ver mi historial de recetas externas a través del servicio Rx hub de SureScripts. Entiendo que el historial de recetas de muchos otros proveedores médicos no afiliados, compañías de seguros y administradores de beneficios de farmacia puede ser visto por mis proveedores y personal aquí, y puede incluir recetas en el tiempo durante varios años. Mi firma certifica que leí y entendí el alcance de mi consentimiento y que autorizo el acceso.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Representante Legal/Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Representante Legal/ Firma del Paciente

# WINDSOR DERMATOLOGÍA, PC POLÍTICAS FINANCIERAS

## **USO DE SU SEGURO**

Es su responsabilidad en el momento del servicio proporcionar a nuestra oficina:

- Toda la información que se aplica al asegurado principal, incluida la fecha de nacimiento y el número de seguro social.
- La(s) dirección(es) de presentación de reclamos de seguro para su(s) plan(es) de seguro
- El copago según lo requiera su compañía de seguros

## Política de referencias

Para los planes que requieren referidos para la cobertura: debe presentar una referido válido, coordinado por su médico de atención primaria, antes del servicio para calificar para su beneficio de seguro. Si no tiene uno:

- Puede cambiar su cita para otro día
- Puede elegir ser visto sin el referido, pero comprenda que cualquier cargo que resulte de esta visita será su responsabilidad; según su contrato con su compañía de seguros, usted ha acordado traer un referido para ser tratado por un especialista. Se requerirá un depósito de \$ 100 para el costo de la visita antes de ser visto; esto será reembolsado si se recibe una referencia dentro del plazo permitido por su compañía de seguros.

Para los planes que requieren referidos para beneficios máximos u óptimos (planes POS o Point Of Service): es posible que no se requiera un referido, pero es responsabilidad del paciente estar al tanto de sus beneficios de seguro. Si elige ser atendido sin un referido, será responsable de todos los copagos, deducibles, coseguros u otros cargos según su contrato con su compañía de seguros.

## Después de la presentación de la reclamación

Se le facturará cualquier deducible, copago o coseguro según lo determine su compañía de seguros. El pago se espera al recibir el estado de cuenta de nuestra oficina. Ocasionalmente, las compañías de seguros le solicitarán información sobre reclamos de seguros. Debe responder a estas consultas dentro de los 14 días, o puede ser considerado responsable de todo el cargo de la visita médica. Los saldos no pagados se enviarán a una agencia de cobranza externa después de 90 días e incurrirán en una tarifa de cobro del 22%, honorarios de abogados y / o costos judiciales, además del saldo pendiente.

## Aviso de Medicaid

Windsor Dermatology no participa con ningún plan de Medicaid, incluidos los planes administrados por compañías de seguros privadas. Si tiene un plan de Medicaid, usted será responsable de los cargos por nuestros servicios.

## Políticas y avisos adicionales

- Las biopsias y las pruebas de laboratorio se enviarán a un laboratorio externo. Estos servicios pueden incurrir en gastos adicionales que son responsabilidad del paciente en función de sus beneficios médicos. Estos pueden ser facturados por separado por el laboratorio.
- La pérdida de cabello puede ser considerada cosmética por su seguro, y usted puede ser responsable de los cargos, incluidas las pruebas relacionadas con el laboratorio.

## **PACIENTES SIN SEGURO, AUTOPAGADOS Y FUERA DE LA RED**

Al aceptar nuestra atención, usted acepta pagar los servicios en el momento de su visita.

## **TARJETA DE CRÉDITO REGISTRADA**

Windsor Dermatology requiere que todos los pacientes proporcionen una tarjeta de crédito para mantenerla en el archivo, que se cifrará y almacenará de forma segura. Al proporcionar la información de su tarjeta de crédito, usted le da permiso a Windsor Dermatology para cargar a la tarjeta por su(s) copago(s), coseguro y/o cualquier saldo pendiente. Si su proveedor de seguros ha pagado su parte de su factura y todavía hay un saldo adeudado, Windsor Dermatology enviará por correo un estado de cuenta. Si el saldo no se paga dentro de los 30 días, Windsor Dermatology proporcionará un mensaje telefónico o correo electrónico de cortesía antes de cargar cualquier saldo adeudado por usted a su tarjeta de crédito. Se le enviará por correo una copia del cargo. Esto de ninguna manera compromete su capacidad para disputar un cargo o cuestionar la determinación de pago de su compañía de seguros..

## **PROCEDIMIENTOS COSMÉTICOS**

Los procedimientos cosméticos no están cubiertos por los planes de seguro, y usted será responsable del pago en el momento del servicio. Su proveedor le notificará si un procedimiento es cosmético y el costo del procedimiento antes de que se preste el servicio. Estos cargos son independientes de cualquier cargo asociado con los servicios médicos cubiertos por el seguro médico.

## Políticas de programación y cancelación para visitas cosméticas

- Se colocará un cargo de \$ 100 en la tarjeta de crédito registrada para citas cosméticas que se pierdan o que se cancelen con menos de 24 horas de anticipación.
- Si la tarifa recaudada de una consulta cosmética debe acreditarse para el pago de ese procedimiento, entonces ese procedimiento debe realizarse dentro de los 6 meses. Más allá de ese período, el crédito se pierde y se puede requerir una consulta repetida.

**Soy consciente, he leído lo anterior y acepto las políticas financieras de esta oficina como lo indica mi firma a continuación.**

\_\_\_\_\_  
(Firma del Paciente/Persona Responsable)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

### **FIRMA EN EL ARCHIVO**

**Autorizo el uso de este formulario en todas mis presentaciones de seguros, así como la divulgación de información a todas mis compañías de seguros, lo que permite a mi proveedor presentar reclamos y recibir el pago de los beneficios que cubren los servicios prestados para mí o dependientes. Permiso que se use una copia de esta autorización en lugar del original, y entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos según mi acuerdo con mi compañía de seguros y esta oficina.**

\_\_\_\_\_  
(Nombre)

\_\_\_\_\_  
(Firma del Paciente)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)