

Política Financiera

Gracias por elegir Atlanta Pediatric Partners (APP) para la atención médica de su hijo. APP se compromete a mantener su seguro y otros acuerdos financieros realizados con nosotros lo más simples posible. Para ayudar a alcanzar este objetivo, lea y siga las pautas a continuación.

Para pacientes con seguro: APP es un proveedor de servicios médicos. No somos parte del contrato celebrado entre usted y su empleador y/o su compañía de seguros. Por lo tanto, le recomendamos que se comunique personalmente con su compañía de seguros para mantenerse informado sobre sus beneficios. Por favor traiga su tarjeta de seguro a cada visita.

Si APP no es un proveedor participante que figura en su plan de seguro, el pago total vence hoy. (Consulte la Política de descuento por pago propio de APP). Dado que los planes de seguro no pueden garantizar toda la elegibilidad o los beneficios, APP no garantiza los beneficios de elegibilidad. En aquellas situaciones en las que los servicios que proporciona APP no están cubiertos por su compañía de seguros, usted será responsable de todos y cada uno de los servicios que superen los límites de su seguro, así como de todos los servicios médicos no cubiertos.

Copagos o coseguros: los especificados por su compañía de seguros se esperan en el momento de la prestación de los servicios. Los saldos vencidos deben liquidarse antes de ser atendidos por el médico. Efectivo, cheques, giros postales y tarjetas de crédito/débito son formas de pago aceptables. Instamed es una opción segura y conveniente para que los pacientes administren sus pagos de atención médica.

El responsable, las personas nombradas en el formulario de permiso (ya sea soltero, divorciado o separado legalmente, amigo o familiar) que acompaña al niño en el momento de su visita médica, es la persona responsable de realizar el copago y pago de los gastos pasados, saldos adeudados, independientemente de quién proporcione la cobertura del seguro.

Las facturas y la correspondencia relacionada con facturas se envían a la parte responsable indicada en la tarjeta del seguro. Por favor notifique Oficina de facturación de APP al (404) 699-1339, con anticipación, si alguien que no sea esta persona debe recibir copias de facturas/correspondencia. APP procesará y presentará sus reclamos de seguro por los servicios médicos realizados en nuestra clínica sin costo para usted. Cualquier reclamación pendiente que no haya sido pagada por su compañía de seguros dentro de los 60 días posteriores a la facturación correrá a cargo de la parte responsable del paciente.

Para pacientes sin seguro: cualquier saldo de más de 90 días se considera moroso y se entregará a una agencia de cobranza externa. En caso de que su cuenta sea entregada a cobranza, se le facturará y será responsable de pagar el saldo, más un cargo por servicio de \$30. Una vez que una cuenta ha sido entregada a cobro, su cuenta debe pagarse en su totalidad antes de que se presten servicios futuros..



Si tiene alguna pregunta sobre la política financiera de APP, hable con nuestra oficina comercial al (404) 699-1339. Gracias. He leído, entiendo y acepto mis responsabilidades financieras según esta política.

Padre/Tutor/Parte Responsable: _____

Fecha: _____

Por la presente lo autorizo a usar o divulgar la información específica que se describe a continuación, solo para el propósito y las partes que también se describen a continuación.

Persona o entidad que solicita la información y está autorizada para realizar el uso o divulgación solicitados:
Atlanta Pediatric Partners, P.C. 4579 S. Cobb Dr SE, Suite 300, Smyrna GA 30080

Continuación de la atención médica : Su autorización permanecerá en vigor a partir de la fecha firmada a continuación y hasta 90 días después. Entiendo que (Por favor ponga sus iniciales en cada línea):

- Puedo inspeccionar o copiar la información de salud protegida para ser utilizada o divulgada.
- Puedo revocar esta autorización por escrito comunicándome con su oficina a la dirección anterior, atención al Oficial de Privacidad
- La información utilizada o divulgada de conformidad con la autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estar protegida por HIPAA.
- Puedo negarme a firmar esta autorización y que usted no condicionará el tratamiento o el pago a que yo proporcione esta autorización (excepto en la medida en que la autorización sea para el tratamiento relacionado con la investigación).
- Si marca esta línea, entiendo que recibirá una compensación de un tercero por el uso o divulgación de mi información.

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Firma: _____

Relacion del Paciente: _____

Fecha: _____