

# **PATIENT RESPONSIBILITY**

**FINANCIAL POLICY:** Payment is expected at the time of your visit; we accept cash, personal check, and credit/debit cards from Visa, Mastercard, Discover and American Express. In the event that a check is returned, we will no longer accept personal checks from that person and a \$30 fee will be applied to their account and must be paid in full prior to their next visit.

All Co-pays must be paid at the time of service and your insurance card must be presented to the receptionist before each visit. As a courtesy, our office will send your statement to remind you of your balance. After 90 days unpaid accounts will be blocked from making appointments until payment, after 120 days of non-payment the balance will be sent to collections.

Some insurance plans do not cover some of the services that we provide. In the event that the service provided was deemed to be "non-covered", you will be responsible for the complete charge. If your insurance company does not pay the practice within a reasonable period, we will transfer full financial responsibility onto you. In the event that your insurance company pays after you have paid, we will apply the credit to your account or refund you in the form of a check for an overpayment.

**NOTICE OF PRIVACY PRACTICES:** I have received and reviewed a copy of the Notice of Privacy practices for Southwest Pediatric Night Clinic of El Paso, P.A., and I am aware that they reserve the right to modify those privacy practices at any time.

**INITIAL HERE TO CONFIRM RECEIPT OF PRIVACY NOTICE:** \_\_\_\_\_

**PATIENT EXIT SUMMARIES:** At the conclusion of your visit with Southwest Pediatric Night Clinic of El Paso, P.A. you will be provided with further instruction regarding treatment. Neither Southwest Pediatric Night Clinic of El Paso, P.A., nor the rendering provider, staff, or agents of Southwest Pediatric Night Clinic of El Paso, P.A. will be liable for patient non-compliance with the instructions found detailed in the Patient Exit Summaries.

**INITIAL HERE TO CONFIRM NOTIFICATION OF THE PATIENT EXIT SUMMARY POLICY:** \_\_\_\_\_

By my signature, I understand that I am directly responsible to this office for all charges, and that I must provide current insurance and health history information. I also understand that all co-payments, co-insurance, and payments for services not covered by my insurance are due the date services are rendered. I am also responsible to pay this office for any collection expenses associated with charges that remain unpaid after 30 days, including rebilling charges, cost of funds and attorney's fees. I request that payment of authorized Medicare, Medicaid and other insurance benefits be made on my behalf to Southwest Pediatric Night Clinic of El Paso, P.A., for services rendered. I have read and understand the financial, privacy, and Patient Exit Summary policies and I agree to be bound by their terms. I also understand and agree that such terms and fees may be amended by the practice at any time and posted without notice.

\_\_\_\_\_  
Patient Name (please print)

\_\_\_\_\_  
Patient Signature

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Today's Date

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient Representative

\_\_\_\_\_  
Relationship to Patient

# **RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE**

**POLÍTICA FISCAL:** El pago se espera en el momento de su visita; Aceptamos efectivo, cheques personales, y tarjetas de crédito / débito de Visa, Mastercard, Discover y American Express. En el caso de que un cheque es devuelto, ya no podremos aceptar cheques personales de esa persona y una cuota de \$30 será aplicada a su cuenta y debe ser pagado en su totalidad antes de su próxima visita.

Todos los co-pagos deben ser pagados en el momento del servicio y su tarjeta de seguro deberá presentarse a la recepcionista antes de cada visita. Como cortesía, nuestra oficina le enviará su estado de cuenta para que le recuerde de su saldo. Después de 90 días las cuentas pendientes de pago se bloquearán de hacer los nombramientos hasta el pago, después de 120 días de la falta de pago se enviará el balance a colecciones.

Algunos planes de seguro no cubren algunos de los servicios que proporcionamos. En el caso de que el servicio prestado se considera "no cubierto", usted será responsable de la carga completa. Si su compañía de seguros no paga la práctica en un plazo razonable, vamos a transferir la plena responsabilidad financiera sobre usted. En el caso de que su compañía de seguros pague después de que usted haya pagado, vamos a aplicar el crédito a su cuenta o le hacemos el reembolso en forma de cheque por un pago en exceso.

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:** He recibido y revisado una copia de la Notificación de prácticas de privacidad para Southwest Pediatric Night Clinic of El Paso, P.A., y soy consciente de que se reservan el derecho de modificar estas prácticas de privacidad en cualquier momento.

**SUS INICIALES AQUÍ PARA CONFIRMAR LA RECEPCIÓN DEL AVISO DE PRIVACIDAD:** \_\_\_\_\_

**RESUMEN DE SALIDA DEL PACIENTE:** En la conclusión de su visita con Southwest Pediatric Night Clinic of El Paso, P.A., se le proporcionará con instrucciones adicionales sobre el tratamiento. Ni Southwest Pediatric Night Clinic of El Paso, P.A., ni el proveedor de la prestación, el personal, o agentes de Southwest Pediatric Night Clinic of El Paso, P.A. será responsable por el incumplimiento del paciente con las instrucciones que se encuentran detallados en los Resúmenes de salida del paciente.

**INICIAL AQUÍ PARA CONFIRMAR LA NOTIFICACIÓN DE LA POLÍTICA DE SALIDA RESUMEN DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

Con mi firma, yo entiendo que soy directamente responsable ante esta oficina para todos los cargos, y que debo proporcionar seguro actual y la información de los antecedentes de salud. También entiendo que todos los co-pagos, co-seguros, y los pagos por servicios no cubiertos por mi seguro se deben los servicios son prestados fecha. También soy responsable de pagar este cargo por los gastos de cobro relacionados con los cargos que estén pendientes de pago después de 30 días, incluyendo los cargos refacturación, el costo de los fondos y los honorarios del abogado. Solicito que el pago de Medicare autorizado, Medicaid y otros beneficios de seguro se hagan en mi nombre a Southwest Pediatric Night Clinic of El Paso, P.A., por los servicios prestados. He leído y entendido la financiera, la privacidad y las políticas de salida Resumen Paciente y estoy de acuerdo en estar obligado por sus términos. También entiendo y estoy de acuerdo en que los términos y las tarifas podrán ser modificadas por la práctica en cualquier momento y publicadas sin previo aviso.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha de hoy

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante

\_\_\_\_\_  
Relación paciente a paciente