

PATIENT RESPONSIBILITY

OFFICE HOURS: We are open Monday through Friday from 8 a.m. to 5 p.m. Walk-ins are welcome provided there are open appointment slots and no other patients on the appointment waiting list for that specified date of service. Patients with appointments will be given priority.

CANCELATION POLICY: Our office will attempt a courtesy notification one day prior to remind you of your appointment but it is not our responsibility to ensure that you make your appointment. If you cannot make your appointment Paso del Norte Pediatrics, P.A., requires 24-hour advance notice. If you have cancelled an appointment with proper notice be sure to obtain a cancellation code, if a no-show fee is applied to your account the no-show fee will not be waived without the code. Cancellations can be made via phone during the hours of operation.

NO-SHOW POLICY: Failure to timely cancel your appointment will result in a \$30 fee that must be paid in full before the next visit. This fee is not covered by your private insurance company and is your sole responsibility. Paso del Norte Pediatrics, P.A., reserves the right to dismiss any patient who consistently misses their appointments.

In accordance with current federal policy, Texas Medicaid clients will not be charged for client's failure to keep an appointment, but will instead be reported to Maximus, the Texas Medicaid division responsible for handling missed appointments.

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 Paso del Norte Pediatrics, 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 Paso del Norte Pediatrics, P.A., you will be provided with further instruction regarding treatment. Neither Paso del Norte Pediatrics, P.A., nor the rendering provider, staff, or agents of Paso del Norte Pediatrics, 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 Paso del Norte Pediatrics, P.A., for services rendered. I have read and understand the cancelation, 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 anytime and posted without notice.

Patient Name (please print)

Patient Signature

_____/_____/_____
Today's Date

Signature of Patient Representative

Relationship to Patient

RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

HORAS DE OFICINA: Estamos abiertos de lunes a viernes de 8 a.m.-5 p.m. Walk-ins son bienvenidos siempre que haya espacios para citas abiertas y no existan otros pacientes en la lista de espera de la cita para esa fecha específica de servicio. Se dará prioridad a pacientes con citas.

POLÍTICA DE CANCELACIÓN: Nuestra oficina intentará una notificación de cortesía un día antes para recordarle de su cita, pero no es nuestra responsabilidad asegurar que usted llegue a su cita. Si no puede asistir a su cita Paso del Norte Pediatrics, PA, requiere aviso previo de 24 horas. Si ha cancelado una cita con la debida notificación, asegúrese de obtener un código de cancelación, si un cargo "no show" aparece en su estado de cuenta, necesita ese código para hacer válido un cambio. Las cancelaciones se pueden hacer a través del teléfono durante las horas de operación.

POLÍTICA DE NO-SHOW: Si no se cancela a tiempo su cita dará lugar a un cargo de \$ 30, que debe ser pagado en su totalidad antes de la próxima visita. Este cargo no está cubierto por su compañía de seguros privada y es de su exclusiva responsabilidad. Paso del Norte Pediatrics, PA, se reserva el derecho de despedir a cualquier paciente que pierde constantemente sus citas.

De acuerdo con la política federal actual, los clientes de Medicaid de Texas no se le cobrará por el fracaso del cliente para cumplir con una cita, sino que en lugar de ser reportados a Maximus, la división de Medicaid de Texas responsable del manejo de citas perdidas.

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 Paso del Norte Pediatrics, PA, 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 Paso del Norte Pediatrics, PA, se le proporcionará con instrucciones adicionales sobre el tratamiento. Ni Paso del Norte Pediatrics, PA, ni el proveedor de la prestación, el personal, o agentes de Paso del Norte Pediatrics, PA 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 facturación, 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 Paso del Norte Pediatrics, PA, por los servicios prestados. He leído y entendido la cancelación, 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