

## PATIENT FINANCIAL POLICY

**You will be responsible for payment of all services if any of the following circumstances apply:**

- If you do not have insurance or failed to notify us that your insurance has terminated or changed;
- If you do not have a referral and/or authorization when required and have elected to be seen;
- If you are with an insurance company we are not contracted with; or,
- If a claim denial from the insurance company, for any reason, is not able to be resolved.

**Valid Insurance:** Insurance companies require the submission of all claims within a specified time limit. If you have changes in your insurance coverage, and you fail to inform us of the change within twenty-one days of your visit, you may be responsible for the charges. Denials often arrive after the filing limit has expired, thus preventing us from being able to re-file a new claim with your new carrier. To ensure that you are not responsible for the charges, please make sure that we always have up-to- date information regarding your insurance coverage. Again, any denied claims for lack of correct insurance information, will be applied to patient responsibility.

**Referrals:** If your plan requires a referral from your primary care physician, it is **YOUR** responsibility to obtain it prior to your appointment and have it with you at the time of your visit. If your plan requires a referral and you do not obtain one, you will be held responsible for the visit charges in full at the time of service.

**Coverage:** An attempt will be made to obtain and comply with insurance company requirements. However, it is ultimately YOUR responsibility as a patient to verify your plan benefits, and whether or not Enticare PC is a contracted provider, prior to having any services rendered. Any and all face-to-face encounters with an Enticare provider qualifies as an office visit and will result in a claim submission to your insurance carrier. Co-payment, co-insurance and deductible amounts will apply and are the responsibility of the patient.

**Disputes:** Co-payment, co-insurance, and deductible amounts **MUST** be paid at the time of service. Any account balances will also be collected at the time of your visit. Any unpaid or disputed balances must be resolved within 90 days from the date of service. Enticare PC reserves the right to turn accounts over to a third party collection agency after 90 days. The responsible party or guarantor of this account will be responsible for all collection fees, legal fees, and any other fees associated with the account. If you have any questions, contact Enticare PC's Billing Department at **Billing@enticare.com**.

A \$35.00 fee will be applied to all returned checks or disputed credit card transactions.

**Medical Records:** A fee of \$1.00 per page up to \$25.00 will be charged to patients requesting medical records for personal use, disability or non-surgical reasons. A records request form must be signed and received by Enticare PC before any records are disbursed per HIPAA. Please allow up to 14 business days.

**No Show / Late Cancellation of Appointments:**

To avoid a \$25 no show fee you must:

- Give at least 24-hour notice of your inability to make it to your clinical appointment.

To avoid a \$150 no show fee related to scheduled sleep studies, allergy testing, and or hearing testing, you must:

- Give at least 72-hour notice of your inability to attend your study/test

To avoid a \$150 no show related to surgery you must:

- Give at least 5 business days notice of your need to modify your appointment.

In the event you missed three separate appointments without giving us the required notice, Enticare PC has the ability to discharge you as an active patient from our practice. In the event that your insurance plan does not allow us to charge a no show fee, Enticare PC holds as recourse the ability to discharge you as an active patient due to your inability to keep scheduled appointments.

**Dismissal from Practice:** Enticare PC reserves the right to dismiss patients who are not compliant with any one of the following:

- Refusal to comply with recommendations from the provider;
- Does not comply with office policies;
- Refuses to cooperate with staff;
- Repeatedly disputes fees that are fair and are consistent with the services provided;
- Displays threatening, hostile attitude or behavior to physicians or staff;
- Continues to abuse prescription drugs or controlled substances after physician intervention;
- Refuses to pay outstanding balances;
- 3 no-shows or other non-compliance issues that interfere or jeopardize patient treatment or safety;
- Breakdown of communication with patient and/or family resulting in a lack of trust that makes it medically impossible to treat the patient

**By signing this form, you agree to all the information listed above, authorize the release of any medical information necessary to process your claims and authorize payment of medical benefits to Enticare PC, or supplier for services rendered.**

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient, Parent, or Legal Guardian

\_\_\_\_\_  
Print Name

\_\_\_\_\_  
Date

## POLÍTICA FINANCIERA DEL PACIENTE

### Usted será responsable del pago de todos los servicios si se da alguna de las siguientes circunstancias:

- Si no tiene seguro o no nos notificó que su seguro ha terminado o cambiado;
- Si no tiene una remisión y / o autorización cuando se requiere y ha elegido ser visto;
- Si está con una compañía de seguros con la que no tenemos contrato; o,
- Si la denegación de un reclamo de la compañía de seguros, por cualquier motivo, no se puede resolver.

**Seguro válido:** las compañías de seguros requieren la presentación de todas las reclamaciones dentro de un límite de tiempo específico. Si tiene cambios en la cobertura de su seguro, y no nos informa del cambio dentro de los veintidós días de su visita, puede ser responsable de los cargos. Las denegaciones a menudo llegan después de la presentación. El límite ha expirado, lo que nos impide poder volver a presentar un nuevo reclamo con su nuevo proveedor. Para asegurarse de que no es responsable de los cargos, asegúrese de que siempre tengamos información actualizada sobre la cobertura de su seguro. Nuevamente, cualquier reclamo denegado por falta de seguro o incorrecta información, se aplicará a la responsabilidad del paciente.

**Remisiones:** si su plan requiere una remisión de su médico de atención primaria, es **SU** responsabilidad obtenerla antes de su cita y tenerla con usted en el momento de su visita. Si su plan requiere una remisión y no la obtiene, usted será responsable de los cargos de la visita en su totalidad en ese momento de servicio.

**Cobertura:** Se intentará obtener y cumplir con los requisitos de la compañía de seguros. Sin embargo, en última instancia, es SU responsabilidad como paciente para verificar los beneficios de su plan, y si Enticare PC es o no un proveedor contratado, antes de recibir cualquier servicio. Cualquiera y todos los encuentros personales con un proveedor de Enticare califican como una visita al consultorio y darán lugar a la presentación de un reclamo a su compañía de seguros. Copago, copago se aplicarán los montos del seguro y del deducible y son responsabilidad del paciente.

**Disputas:** Los montos de copago, coseguro y deducible DEBEN pagarse en el momento del servicio. Los saldos de las cuentas también se cobrarán en el momento de su visita. Cualquier saldo impago o en disputa debe resolverse dentro de los 90 días posteriores a la fecha del servicio. Enticare PC se reserva el derecho de girar cuentas a una agencia de cobranza externa después de 90 días. La parte responsable o garante de esta cuenta será responsable de todas las tarifas de cobro, honorarios legales y cualquier otro cargo asociado con la cuenta. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Departamento de facturación de Enticare PC en **Billing@enticare.com**

Se aplicará un cargo de \$ 35.00 a todos los cheques devueltos o transacciones de tarjetas de crédito en disputa.

**Registros médicos:** Se cobrará una tarifa de \$1.00 por página hasta \$25.00 a los pacientes que soliciten registros médicos para uso personal, discapacidad o no quirúrgico. Razones. Enticare PC debe firmar y recibir un formulario de solicitud de registros antes de que se desembolse cualquier registro según la HIPAA. Permita hasta 14 negocios días.

### No Show / Cancelación tardía de citas:

Para evitar una tarifa de \$25 por no presentarse, debe:

- Avise con al menos 24 horas de anticipación sobre su incapacidad para asistir a su cita clínica.

Para evitar una tarifa de \$150 por no presentarse relacionada con estudios del sueño programados, pruebas de alergia y / o pruebas de audición, debe:

- Notifique con al menos 72 horas de anticipación su incapacidad para asistir a su estudio / examen

Para evitar una no presentación de \$150 relacionada con la cirugía, debe:

- Notifique por lo menos 5 días hábiles de su necesidad de modificar su cita.

En caso de que falte a tres citas separadas sin darnos el aviso requerido, Enticare PC tiene la capacidad de darle de alta como paciente de nuestra práctica.

En el caso de que su plan de seguro no nos permita cobrar una tarifa por no presentarse, Enticare PC mantiene como recurso la capacidad de darle de alta como paciente activo debido a su incapacidad para asistir a las citas programadas.

**Despido de la práctica:** Enticare PC se reserva el derecho de despedir a pacientes que no cumplan con alguno de los siguientes:

- Negarse a cumplir con las recomendaciones del proveedor;
- No cumple con las políticas de la oficina;
- Se niega a cooperar con el personal;
- Disputa repetidamente las tarifas que son justas y coherentes con los servicios prestados;
- Muestra una actitud o comportamiento amenazante u hostil hacia los médicos o el personal;
- Continúa abusando de medicamentos recetados o sustancias controladas después de la intervención del médico;
- Se niega a pagar los saldos pendientes;
- 3 ausencias u otros problemas de incumplimiento que interfieren o ponen en peligro el tratamiento o la seguridad del paciente;
- Interrupción de la comunicación con el paciente y / o la familia que resulta en una falta de confianza que hace que sea médicamente imposible tratar al paciente

**Al firmar este formulario, acepta toda la información mencionada anteriormente, autoriza la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar sureclamaciones y autoriza el pago de beneficios médicos a Enticare PC, o al proveedor por los servicios prestados.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Imprimir nombre

\_\_\_\_\_  
Fecha