

Política de la Oficina de Buford Care

Las siguientes políticas están en efecto para todos los pacientes. Por favor, lea esto cuidadosamente y firme al final. Si tiene alguna pregunta, pida al personal de la oficina que le aclare. Gracias por su cooperación y comprensión.

Los proveedores en Buford Care NO proporcionan manejo de dolor crónico ni recetan medicamentos de la Lista II/III y IV para el manejo de condiciones crónicas, excepto en ciertas y específicas condiciones según lo considere necesario el proveedor.

Los resurtidos de medicamentos, que no se limitan a narcóticos, periódicamente requieren una visita con un proveedor antes de que los resurtidos puedan ser enviados a la farmacia del paciente.

Las visitas médicas son con cita previa. Es la política de Buford Care que los pacientes que lleguen a la oficina sin una cita programada serán atendidos solo si hay un espacio disponible y esto puede implicar una larga espera. Sin embargo, reservamos un tiempo asignado para citas el mismo día en caso de que necesite ser visto el mismo día que llame. Por favor, llame con anticipación para reservar estas citas. Todos los pacientes con citas programadas serán atendidos antes que las visitas sin cita, por lo tanto, le animamos a que siempre llame para programar una cita. Los pacientes con emergencias médicas deben ir a la sala de emergencias.

El personal de Buford Care no realiza venopunciones. Todas las venopunciones serán referidas a un laboratorio local si un proveedor ordena una prueba de laboratorio.

LAS CLÍNICAS DE BUFORD CARE INC. TIENEN UNA POLÍTICA ESTRICTA DE 'NO PRESENTARSE'. PACIENTES QUE NO CANCELEN SUS CITAS PROGRAMADAS VEINTICUATRO HORAS ANTES DE LA HORA DE LA CITA SERÁN CARGADOS CON UNA TARIFA DE \$35 POR 'NO PRESENTARSE'.

Se espera que los pacientes paguen cuando se presten los servicios, ya sea en efectivo o con tarjeta de crédito por adelantado. Tenga en cuenta que Buford Care se reserva el derecho de cobrar por adelantado los pagos de servicios que estén bajo el deducible del paciente antes de la visita. No se aceptarán cheques.

La excepción a esta regla es si el paciente tiene Medicare, Medicaid, Compensación al Trabajador o un seguro que haya sido acordado para ser facturado por Buford Care Inc.

Al firmar este formulario, el paciente da su consentimiento a la clínica para enviar información de salud y reclamos al seguro del paciente y autoriza que los pagos del seguro se realicen directamente a la clínica.

Todos los saldos pendientes que permanezcan sin pagar ciento veinte días después de la publicación de los cargos serán enviados directamente a cobranzas, a menos que el paciente notifique a la clínica para diseñar un plan de pago.

Es responsabilidad del paciente estar informado sobre los servicios que están cubiertos por su plan de seguro. Las clínicas de Buford Care Inc. no garantizan que los servicios prestados estén cubiertos por el plan de seguro.

En caso de cobertura rechazada para cualquier servicio realizado, programado, ordenado o referido dentro o fuera de nuestras clínicas, como pruebas de laboratorio, estudios de imagen, especialistas médicos, etc., el paciente es totalmente responsable de manejar y resolver el asunto. Nuestras clínicas y nuestro personal no actuarán en nombre del paciente para manejar tales situaciones.

También es responsabilidad exclusiva del paciente identificar si se requiere autorización de la compañía de seguros para cualquier servicio realizado en cualquiera de las clínicas de Buford Care Inc.

Todos los pacientes deben entender que no todos los seguros cubrirán los mismos servicios en nuestras clínicas. Como tal, cualquier servicio que se etiquete como saldo del paciente (es decir, deducible o coseguro) es responsabilidad del paciente pagarlo.

Las Clínicas de Buford Care no proporcionan traducción. Es responsabilidad exclusiva de los pacientes organizar un traductor si se comunican con la oficina en persona, por teléfono o por cualquier otro método de comunicación.

Buford Care utiliza teléfono, correo electrónico y mensajes de texto para contactar a los pacientes sobre cualquier asunto. Las clínicas utilizan servicios de mensajería (es decir, portal del paciente, mensajes de texto, correo electrónico) que tienen encriptación de extremo a extremo para asegurar que la información de salud protegida se mantenga segura.

Al firmar este formulario, el paciente consiente ser informado por teléfono, mensaje de texto, correo electrónico o portal del paciente.

También es responsabilidad del paciente actualizar su información de contacto y demográfica, como número de teléfono, dirección de correo electrónico, dirección postal e información de contacto de emergencia.

Las clínicas no son responsables de que la información de salud o facturación sea enviada al número de teléfono, correo electrónico o dirección postal incorrectos si los pacientes no informan a la clínica de un cambio en cualquiera de ellos.

La información de salud protegida que el paciente requiera ser enviada a un tercero (es decir, oficina legal, empleador) está permitida siempre que el paciente firme un formulario de consentimiento para liberar la información de salud protegida, dando permiso a la clínica para hacerlo.

Los formularios que deban ser completados por el personal de la oficina o los proveedores de atención médica tienen un cargo entre \$25 y \$175.

El personal y los proveedores de nuestras clínicas se esfuerzan por brindar atención de alta calidad a nuestros pacientes y eso solo es posible si son tratados con respeto y dignidad.

Tenemos cero tolerancia al mal comportamiento y mala conducta. Los pacientes que no cumplan con esta regulación serán dados de baja de nuestras clínicas sin ninguna advertencia.

Debido a la actual pandemia de COVID-19, limitaremos el número de personas que pueden estar presentes en la sala con el paciente y el proveedor para cumplir con las pautas de distanciamiento social por la seguridad del personal y los proveedores.

Si amigos o familiares, que tienen el consentimiento del paciente para estar presentes mientras el paciente está con el proveedor, desean estar presentes en la sala, utilizaremos opciones virtuales que permitirán a otras personas estar presentes en la sala con el médico y el paciente, como Facetime o Google Duo.

Al firmar el formulario adjunto, usted declara que está de acuerdo con estas políticas y se compromete a cumplirlas lo mejor posible.

☐ Estoy de acuerdo	☐ No estoy de acuerdo
---	--

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____