



Acuerdo de Honorarios y Políticas

Si usted planea presentar sus propios reclamos a su asegurada, es nuestra política que el pago completo de honorarios sea hecho al momento de otorgar el servicio.

Como parte del servicio a nuestros pacientes, el personal de Nystrom & Associates, Ltd. (Nystrom) presentará sus reclamos del seguro. Por favor provéanos con la información necesaria. En caso no proveernos información de su seguro activo en de manera oportuna usted será responsable por la negligencia. Los copagos se realizan al momento del servicio. Los deducibles y co-seguros serán facturados a su cuenta. En caso que la persona que firma abajo tenga derecho a los beneficios del seguro médico de cualquier tipo, asegurando al paciente o a cualquier otro representante responsable del paciente, sus beneficios se le asignaran a dicho centro de salud para que sean aplicados a la cuenta de dicho paciente.

_____ (Iniciales aquí) **Facturación y Pagos**

Al escribir sus iniciales, autoriza a Nystrom a divulgar información, incluidos registros médicos, a su compañía de seguros o a la persona designada por su tercero pagador (agente autorizado) según sea necesario para determinar los beneficios, procesar y pagar reclamos de atención médica y brindar reseñas sobre la atención de calidad de Nystrom. Nystrom presentará los cargos a su compañía de seguros siempre que sea posible por los servicios prestados. Los pagos se aplicarán al cargo más antiguo de su cuenta. Los cargos se basan en lo que sucede durante su tratamiento con Nystrom. Los cargos asociados con su cita dependen de su necesidad médica individual y el nivel de atención, según lo determine su proveedor tratante.

El tiempo facturado por comparecencias ante el tribunal, revisiones de casos judiciales, redacción de informes, cartas, consultas telefónicas y otros cargos excluidos por la cobertura del seguro son su responsabilidad. Los cargos varían según el tiempo empleado y el tipo de servicio.

Se cobrará un cargo por servicio del 1,5% (tasa anual del 18%) o el monto más alto permitido por la ley, el que sea mayor, a las cuentas que tengan 28 días de atraso. Si el pago del seguro no se recibe dentro de los 90 días, la cuenta quede pendiente de pago y debe de ser pagada en su totalidad por el paciente. Una cuenta con 90 días de atraso estará sujeta a estar en procedimiento de cobro y/o procedimientos judiciales de reclamos menores, y el paciente acepta ser responsable del desembolso del costo, incluidos los honorarios razonables de abogado, proceso de cobro y del tribunal. Nystrom puede usar la información que se detalla a continuación para contactarle con respecto a su cuenta. Hay un cargo de \$ 30 por cheques devueltos por fondos insuficientes. **Pacientes atendidos solo en Minnesota:** se agregará el impuesto de cuidados de Minnesota cuando corresponda, y usted acepta ser responsable de estas tarifas.

_____ (Iniciales aquí) **Cobertura del Seguro**

Nystrom no puede garantizar que su compañía de seguros pagará por los servicios prestados. Es su responsabilidad saber qué está y qué no está cubierto por su póliza. Usted es responsable del monto total del cargo, ya sea que su seguro cubra alguna parte o no. Si su compañía de seguros requiere una autorización previa de los servicios, usted es responsable de informarnos. Tenga en cuenta que algunas compañías de seguros tienen un beneficio máximo anual para la cobertura de salud mental para pacientes ambulatorios.

_____ (Iniciales aquí) **Cancelaciones**

Nystrom requiere un aviso de 24 horas al cancelar una cita. Esto nos permitirá programar la hora para otra persona. Tenga en cuenta: **SI NO ASISTE A UNA CITA PROGRAMADA O CANCELA CON MENOS DE 24 HORAS DE AVISO, SE LE COBRARÁ UNA TARIFA QUE CORRESPONDE A LA DURACIÓN PROGRAMADA DE SU SESIÓN** (no aplicable a ningún servicio basado en la comunidad). Su aseguranza no puede ser facturado por citas perdidas. A discreción de Nystrom, sus servicios pueden interrumpirse debido a un exceso de citas fallidas o cancelaciones tardías.

_____ (Iniciales aquí) **Parte financieramente responsable**

El padre o tutor que firme este acuerdo será considerado la parte responsable y recibirá todos los estados de cuenta y cartas. Cualquier arreglo financiero alternativo, incluidos los arreglos financieros ordenados por un tribunal, debe ser establecido entre los padres o tutores de los niños fuera de este acuerdo.

Reembolsos no reclamados

Recuerde leer sus facturas cuidadosamente y llámenos si tiene alguna pregunta, especialmente si cree que hay un crédito en su cuenta. Si Nystrom confirma que le debe a usted o a su pagador un reembolso de crédito, lo resolverá de inmediato. Después de 120 días, si queda un crédito de menos de \$25 en la cuenta y no se ha solicitado un reembolso de crédito, se eliminará de la cuenta.

Si Nystrom determina que le debe un reembolso de crédito, pero no puede ubicarlo, entonces Nystrom presentará un Informe de propiedad no reclamada ante el Estado. El Estado publica esos Informes para alertar al público que Nystrom le debe dinero que aún no ha reclamado. El Estado generalmente publica su nombre, su dirección, el monto no reclamado y la identidad de quién le debe el dinero, que sería Nystrom and Associates.

Descarga Involuntaria

Hay ciertas circunstancias en las que Nystrom puede dar de baja involuntariamente a un paciente de los servicios. Estas circunstancias incluyen, pero no se limitan a: abusar o vender medicamentos recetados, obtener medicamentos similares de proveedores alternativos, no divulgar los medicamentos controlados recetados regularmente, negarse a firmar formularios de autorización o certificación solicitados, comportamiento amenazante hacia el personal u otros pacientes, amenazar litigio contra Nystrom o un proveedor de Nystrom, e incapacidad para pagar los servicios (entrar en un proceso de cobro).

Atestación de Consentimiento

_____ *(Iniciales aquí)* **Coordinación con el Médico de Cabecera**

Al poner sus iniciales, autoriza a Nystrom a divulgar sus registros de salud conductual a su médico de cabecera con el fin de coordinar la atención para obtener los mejores resultados del tratamiento. Este consentimiento permanecerá en vigor hasta que lo cancele por escrito a Nystrom.

_____ *(Iniciales aquí)* **Firma electrónica**

Al poner sus iniciales, comprende que esto se convierte en su firma electrónica para los siguientes formularios: Plan de tratamiento inicial, Planes de tratamiento actualizados y el Formulario de acuerdo de DBT. El proveedor le pedirá su consentimiento verbal después de revisar los formularios con usted.

_____ *(Iniciales aquí)* **Comunicación de Nystrom sobre Si Cuidado**

Al poner sus iniciales, autoriza a Nystrom a comunicarse con usted por correo postal, teléfono, mensaje de texto o correo electrónico con respecto a su pago, tratamiento y operaciones de atención médica. Nystrom no es financieramente responsable de los cargos en los que incurra con su proveedor de servicios. Al proporcionar su número de teléfono particular, número de teléfono móvil, dirección de correo electrónico y cualquier otra información de contacto personal, autoriza a Nystrom y a su proveedor de atención médica, o a un socio comercial suyo, a comunicarse con usted a cualquier número o dirección de correo electrónico utilizando un sistema de marcación telefónica automática, usando una voz pregrabada u otro sistema de comunicación y mensajería automatizado de terceros, así como para usar su información de salud protegida u otra información personal o de identificación, durante dicho contacto para cualquier asunto administrativo o de salud. Usted acepta que la práctica, su proveedor o su socio comercial se comuniquen con usted a través de correo electrónico y mensajes de texto sin cifrar. También acepta que pueden dejar mensajes detallados en su correo de voz, contestador automático o con otra persona, si no está disponible en el número proporcionado.

_____ *(Iniciales aquí)* **Aviso de prácticas de privacidad**

Al poner sus iniciales, reconoce que el Aviso HIPPA de Prácticas de Privacidad y el Folleto de Derechos del Consumidor o del Paciente de Nystrom, los procedimientos para denunciar supuestas violaciones de los derechos del paciente y los procedimientos de presentación de quejas se han puesto a su disposición.

Este acuerdo no puede ser alterado de ninguna manera. He leído y acepto lo anterior y por la presente garantizo el pago de todos los cargos por servicios con los arreglos financieros de Nystrom.

NOMBRE ESCRITO DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

NOMBRE ESCRITO DEL GUARDIAN LEGAL

NUMERO DE TELEFONO DEL GUARDIAN LEGAL

DIRECCION DEL GUARDIAN LEGAL

CONTACTO DE EMERGENCIA

NUMERO DE TELEFONO DEL CONTACTO DE EMERGENCIA

FIRMA DEL GUARDIAN LEGAL

FECHA

EMAIL DEL PACIENTE O GUARDIAN LEGAL