



Dr. Jennifer Perez, MD, FAAP, IBCLC
Nurse Practitioner Kim Carbonara, ANP, CPNP
7222 W. Cermak Rd, Suite 504
North Riverside, IL 60546
Phone: (773) 284-6270 Fax: (773) 284-6290

Informacion de Paciente Nuevo

Nombre del Paciente	Apellido	Fecha de Nacimiento	(M) nino (F) nina
---------------------	----------	---------------------	-------------------

Direccion del paciente	Ciudad	Estado	Codigo Postal
------------------------	--------	--------	---------------

Numero de Telefono

Informacion del dueno del Seguro Medico y Informacion del Trabajo.

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Num de Seg Social
--------	----------	---------------------	-------------------

Correo Electronico:

Infomacion de Seguro Medicos:

1.

Nombre del Seguro	Numero de la Poliza	Grupo	Fecha de Comienzo
-------------------	---------------------	-------	-------------------

2.

Nombre del Segundo Seguro	Numero de la Poliza	Grupo	Fecha de Comienzo
---------------------------	---------------------	-------	-------------------

Como escucho sobre nosotros?

Otra Infomracion en Caso de Emergencia:

Nombre	Apellido	Relacion al Paciente	Numero de Telefono
--------	----------	----------------------	--------------------

Entiendo que soy responsable por todos los cargos que no esten cubiertos por mi Seguro medico. Autorizo el permiso de cualquier infomracion medica para uso de cuentas de servicio rendidos.

Firma del Responsable

Fecha



MP
Pediatrics

JENNIFER A PEREZ, MD, FAAP, IBCLC
NURSE PRACTITIONER KIM CARBONARA, ANP, CPNP
7222 W. CERMAK, SUITE 504
NORTH RIVERSIDE, IL 60546
PHONE 773-284-6270, FAX 773-284-6290

Confirmacion de Formas recibidas

() Iniciales.

Reconozco que he recibido la información de divulgación de HIPAA.

() Iniciales

Reconozco y entiendo que deben detener la Información de mi Tarjeta de Credito mientras esperan por el Seguro de mi bebe durante sus primeros 30 días de nacido(a) como garantía de pago al no obtener a tiempo el Seguro de mi bebe.

() Iniciales

Reconozco que he recibido y entiendo las pólizas de la oficina, incluida la polisa de vacunación.

() Iniciales

Reconozco y entiendo que habra un cobro de \$50.00 si no me presento a la citas programada sin cancelacion.

() Iniciales

Reconozco que he recibido y entendido el documento de responsabilidades financieras del paciente.

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Nombre del Tutor del paciente

Firma del Tutor del paciente.

Fecha

09/04/2019



MP
Pediatrics

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento _____

Nombre de la Persona que aparece en la Tarjeta de Credito

Nombre de la Tarjeta de Credito _____

Numero de Tarjeta de Credito _____

Fecha de Vencimiento _____ Num de Seguridad _____

Yo _____ estoy de acuerdo en autorizar a MP Pediatrics Corp que cobre los cargos de las visitas de mi hijo (a) desde que nacio si no muestro prueba de aseguranza antes de los 30 dias despues de nacido. Si acaso se me sean cargadas las visita de mi bebe a mi tarjeta de credito antes de presenter prueba de Seguro y presente prueba de Seguro retroactiva, puede ser que sea elegible a un reembolso despues que el Seguro medico haya pagado por las visitas atrasadas.

Nombre completo del Tutor o Responsable del Paciente

Firma del tutor o Responsable del Paciente

4/30/21



MP

Pediatrics

JENNIFER A PEREZ, MD, FAAP, IBCLC
NURSE PRACTITIONER KIM CARBONARA, ANP, CPNP
7222 W. CERMAK, SUITE 504
NORTH RIVERSIDE, IL 60546
PHONE 773-284-6270, FAX 773-284-6290
admin@mppediatrics.com

¡Saludos y bienvenidos a nuestra práctica! Estamos muy contentos de que hayas elegido traer a tus hijos/hijas a vernos. Vemos niños/niñas desde recién nacidos, hasta que cumplen 18 años. Nuestro objetivo es brindar la atención pediátrica de la más alta calidad para su hijo/a. Aquí están nuestras políticas de la oficina.

Elegir qué médico ver:

Hay dos doctores en nuestra práctica. Trabajamos juntos. Cuando elige uno de nosotros para ser el médico de su hijo/a, puede ver cualquiera de nosotros dos. Al hacer una cita para un chequeo médico y de salud, puede informar a la recepcionista qué médico le gustaría ver. Cuando su hijo/a esté enfermo, verán al médico que está disponible. Recuerde llevar el registro de vacuna de su hijo/a, una identificación con foto y una tarjeta de seguro médico en cada visita. Para una primera visita, el niño/a tiene que venir con un padre o tutor legal. Después de la primera visita, puede enviar a otra persona con su hijo/a, pero asegúrese de que sepan lo que está sucediendo con el niño/a. Los adolescentes pueden venir solos. Por favor, comprendan que según la Ley del Estado de Illinois, los niños/niñas mayores de 12 años pueden solicitar tratamiento confidencial para servicios de salud mental, etc y de salud sexual. Consentimiento para el tratamiento, incluida la vacunación, en una visita en la que envíe a otro adulto o a tu adolescente solo es implícitamente. Examinamos a todos los adolescentes de 15 años para detectar ciertas ITS con un análisis de orina según las pautas de los CDC. Estos resultados son confidenciales.

Cómo hacer una cita para un chequeo de salud:

Los chequeos generales también se conocen como exámenes físicos, exámenes físicos escolares, exámenes anuales, citas de WIC, citas con vacunas, citas de rutina, etc. Los niños/niñas necesitan chequeos a los: 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses, 15 meses de edad, 18 meses de edad, 2 años, 30 meses (2 años y medio), 3 años de edad y cada año después de eso. Todos los niños/niñas necesitan un chequeo cada año, incluso si la escuela no solicita un formulario físico o si no necesitan vacunas.

Estas citas se hacen por adelantado (generalmente no están disponibles el mismo día). Tenga en cuenta que durante ciertas épocas del año, como a fines del verano, puede haber una espera de varias semanas para un chequeo, así que llame con anticipación para programar la cita de su hijo (o).

Vacunas:

Somos firmes defensores de la vacunación como la mejor manera de prevenir enfermedades contagiosas. Seguimos los calendarios de vacunas según lo expuesto por el Centro para el Control de Enfermedades y respaldados por la Academia Estadounidense de Pediatría. Reconocemos que las vacunas tienen riesgos y efectos secundarios, pero como son en su mayoría benignas y el riesgo de efectos secundarios graves es mínimo, creemos que TODAS las vacunas se deben administrar a tiempo. Si hay una vacuna que le preocupa, por favor hable con el médico. Si después de su conversación con el médico todavía hay una vacuna que rechaza para su hijo/a, tendría que firmar un formulario de rechazo de la vacuna. No vacunaremos a su hijo/a con un horario de vacuna "alternativa" o "espaciada". No son compatibles con la investigación de ciencia o de seguridad. Ya no aceptaremos pacientes que no estén vacunados en base a objeciones / creencias personales. Aquellos pacientes que no estén corrientes con la vacuna por razón de objeciones personales tendrán 30 días para decidir vacunar, durante ese tiempo solo serán vistos para visitas por enfermedad si es necesario. Si la familia decide no vacunarse, serán despedidos de la clínica al final de los 30 días.

Cómo hacer una cita cuando mi hijo/a está enfermo/a:

Por favor llame a la oficina temprano en la mañana; en general, estamos abiertos a las 8:00 a.m. Según los síntomas de su hijo/a, la recepcionista le dará una cita para el mismo día o le enviará un mensaje para que la enfermera o el médico y le devuelva la llamada. Hacemos esto porque es posible que la enfermera o el médico puedan darle consejos por teléfono para que no tenga que ingresar, o puede sentir que necesita que lo vean en la sala de emergencias. Hacemos nuestro mejor esfuerzo para devolver la llamada entre los pacientes. Su llamada será devuelta antes del final del día. Si siente que no puede esperar a que llame para que lo devuelvan, lleve a su hijo/a a

la sala de emergencias.

Cómo contactar a los médicos cuando la oficina está cerrada:

En caso de una emergencia fuera del horario de oficina, puede llamarnos las 24 horas del día, al mismo número que usa para hacer una cita. Cuando la oficina esté cerrada, se lo dirigirá al servicio de contestador donde se le pedirá que ingrese su número de teléfono y deje un mensaje de voz. **TENGA EN CUENTA:** los médicos solo reciben los mensajes en la parte superior de la hora. Si cree que su pregunta no puede esperar hasta el final de la hora, vaya a la sala de emergencias.

A qué sala de emergencias puedo dirigirme:

En una emergencia, cualquier persona puede ir a cualquier sala de emergencias. Sin embargo, si la situación no pone en peligro la vida, las personas con HMO y deben ir a sus respectivos hospitales (Mercy HMO a Mercy, MacNeal HMO a MacNeal). Para aquellos con PPO e Illinois Public Aid, nuestra recomendación es que vayan a una sala de emergencias donde hay un hospital para niños/niñas, como:

Christ Medical Center
Loyola University Medical Center
Lurie Children's Hospital
Rush University Medical Center
University of Illinois at Chicago Hospital
Comer Children's Hospital at university of Chicago

Si se ve su hijo/a en la sala de emergencias, infórmeles que somos sus pediatras y solicíteles que nos llamen antes de irse a casa. Cada vez que se ve a su hijo/a en la sala de emergencias, deben tener una cita de seguimiento con nosotros dentro de unos días.

Llegando tarde:

Si llega tarde a una cita, llame para informarnos, para que podamos tratar de acomodarlo. Si llega más de 15 minutos tarde, se le puede pedir que re programe su cita, dependiendo de qué tan ocupada esté la oficina. Tenga en cuenta que cuando vemos a un paciente retrasado, todos los pacientes que están detrás de ellos se ven tarde. Hay un cargo de \$50.00 por paciente para citas que no se cancelan entre 24 hours antes de la cita. Nota, la llamada el día antes de su cita que se le hace como recordatorio es una cortesía.

Papeleo:

Si necesita un examen físico escolar, nota escolar / laboral, formulario WIC, etc., informe al asistente médico al comienzo de su visita. Cualquier otra documentación requiere un mínimo de tres a cinco días hábiles para completarse. Recibirá una llamada telefónica cuando la documentación esté completa para que pueda recogerla o enviarla por fax. Las copias de la documentación previamente completada incurrirán en un cargo, al igual que las cartas no médicas (para IRS, inmigración o fines legales), así como copias de registros médicos.

Pago:

Trabajamos con la mayoría de los seguros privados, incluidos Blue Cross Blue Shield, United health care, Aetna, Tricare y Cigna. Estamos en los planes HMO para Mercy y MacNeal Hospitals. Aceptamos planes de Illinois Medicaid; Meridian, Ilinicare, County Care y All Kids. Actualmente aceptamos BCCFHP, pero no aceptamos nuevos pacientes con este plan, ya que estamos planeando dejar de aceptar él en el futuro cercano. Actualmente estamos solicitando para tomar Molina.

Todo el pago se vence en el momento del servicio incluyendo los copagos. El seguro no es una garantía de pago. Practicamos medicina basada en nuestro entrenamiento, la evidencia médica y las mejores prácticas para cuidar mejor a su hijo. No practicamos según el cronograma de tarifas de una compañía de seguros. Consulte la carta de responsabilidades financieras del paciente para obtener más detalles.

Recién nacidos:

Notifique a su seguro que su bebé nació. En su primera visit con su Bebe, MP Pediatrics necesita obtener la informacion de su tarjeta de credito, para garantizar el pago por los servicion que se le daran a su bebe, si no optenemos el Seguro medico de su bebe despues de los 30 dias de nacido (a). Si su bebé aún no está en un plan con nosotros, usted será responsable de pagar las visitas, lo cual su Tarjeta de Credito sera cargada. Si se vuelve retroactivo en alguna de nuestras redes, puede ser que sea eligible para un reembolso despues que el Seguro medico de su bebe haya cubierto todas las visitas. Habra una llamada de cortesía para dejarle saver que su tarjeta de credito sera cargada.

Por favor, háganos saber si alguna vez tiene alguna pregunta. ¡Esperamos verte a ti y a tus hijos/hijas durante muchos años!
Dr. Jennifer Perez M.D. y Kim Carbonara APN

MP Pediatrics
JENNIFER A PEREZ, MD, FAAP, IBCCLP
NURSE PRACTITIONER KIM CARBONARA, AMP, CPNP
7222 W. CERKMAK, SUITE 504
NORTH RIVERSIDE, IL 60546
PHONE 773-284-6270, FAX 773-284-6290

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Según lo requerido por la Normativa de privacidad creada como resultado de la **Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA)**

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE SU HIJO(A) (COMO PACIENTE DE NUESTRA OFICINA MÉDICA) Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A LA INFORMACIÓN DE SALUD IDENTIFICABLE INDIVIDUALMENTE DE SU HIJO(A).

A. Estamos comprometidos con su PRIVACIDAD

MP Pediatrics S.C. se dedica a mantener la privacidad de la información de salud individualmente identificable de su hijo(a) (IIHI). En la práctica de nuestros servicios médicos, crearemos registros con respecto a su hijo(a) y el tratamiento y los servicios que le proporcionamos. La ley nos exige mantener la confidencialidad de la información de salud que identifica a su hijo(a). También estamos obligados por la ley a proporcionarle este aviso de nuestros deberes legales y las prácticas de privacidad que mantenemos en nuestra práctica con respecto al IIHI de su hijo(a). Por ley federal y estatal, debemos seguir los términos del aviso de prácticas de privacidad que tenemos vigentes en ese momento.

Reconocemos que estas leyes son complicadas, pero debemos proporcionarle la siguiente información importante:

- Cómo podemos usar y divulgar el IIHI de su hijo(a)
- Los derechos de privacidad de su hijo(a) en su IIHI
- Nuestras obligaciones con respecto al uso y divulgación del IIHI de su hijo(a)

Los términos de este aviso se aplican a todos los registros que contienen el IIHI de su hijo(a) que nuestra práctica crea o retiene. Nos reservamos el derecho de revisar o enmendar este Aviso de Prácticas de Privacidad. Cualquier revisión o enmienda a este aviso entrará en vigencia para todos los registros de su hijo(a) que nuestra práctica haya creado o mantenido en el pasado, y para cualquiera de sus registros que podamos crear o mantener en el futuro.

B. Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con nuestra oficina al 773-284-6270.

C. LO SIGUIENTE ES LA FORMA EN QUE USAMOS Y PODEMOS DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE SU HIJO(A) (IIHI).

1. Tratamiento. Nuestra práctica puede usar el IIHI de su hijo(a) para tratar a su hijo(a). Por ejemplo, podemos divulgar el IIHI de su hijo(a) de la siguiente manera:
2. Pago. Nuestra práctica puede usar y divulgar el IIHI de su hijo(a) para facturar y cobrar el pago por los servicios y artículos proporcionados por nosotros para su hijo(a). Por ejemplo, podemos divulgar el IIHI de su hijo(a) de la siguiente manera:
3. Operaciones de atención médica. Nuestra práctica puede usar y divulgar el IIHI de su hijo(a) para operar nuestro negocio. Como ejemplos de las formas en que podemos usar y divulgar la información de su hijo(a) para nuestras operaciones, se incluyen, entre otros, los siguientes:

D. USO Y DIVULGACIÓN DEL IIHI DE SU HIJO(A) EN CIERTAS CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES

Las siguientes categorías describen escenarios únicos en los que podemos usar o divulgar su información de salud identificable en la medida en que dicha ley exija su uso o divulgación:

1. Riesgos de salud pública. Nuestra práctica puede divulgar el IIHI de su hijo(a) a las autoridades de salud pública que están autorizadas por ley a recopilar información con el propósito de:
2. Actividades de supervisión de la salud. Nuestra práctica puede divulgar el IIHI de su hijo(a) a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Las actividades de supervisión pueden incluir, por ejemplo, investigaciones, inspecciones, auditorías, encuestas, otorgamiento de licencias y acciones disciplinarias; procedimientos o acciones civiles, administrativas y penales; u otras actividades necesarias para que el gobierno controle los programas del gobierno, el cumplimiento de las leyes de derechos civiles y el sistema de atención médica en general.
3. Demandas y procedimientos similares. Nuestra práctica puede usar y divulgar el IIHI de su hijo(a) en respuesta a una orden judicial o administrativa, si usted está involucrado en una demanda o procedimiento similar. También podemos divulgar el IIHI de su hijo(a) en respuesta a una solicitud de descubrimiento, citación u otro proceso legal por parte de otra parte involucrada en la disputa, pero solo si nos hemos esforzado para informarle de la solicitud o para obtener una orden que proteja la información el partido ha solicitado.
4. Aplicación de la ley. Podemos liberar IIHI si así lo exige la ley para hacerlo. Por ejemplo:
5. Pacientes fallecidos. Nuestra práctica puede divulgar IIHI a un médico forense o forense para identificar a un individuo fallecido o identificar la causa de la muerte. Si es necesario, también podemos divulgar información para que los directores de funerarias realicen sus trabajos.
6. Investigación. Nuestra práctica puede usar y divulgar el IIHI de su hijo(a) para fines de investigación en ciertas circunstancias limitadas. Obtendremos su autorización por escrito para usar el IIHI de su hijo(a) con fines de investigación, excepto cuando una Junta de Revisión Interna o Junta de Privacidad haya determinado que la renuncia de su autorización cumple con lo siguiente: (i) el uso o divulgación no implica más que un riesgo mínimo para la privacidad de su hijo(a) basada en lo siguiente: (A) un plan adecuado para proteger los identificadores del uso y la divulgación inapropiados; (B) un plan adecuado para destruir los identificadores en la primera oportunidad compatible con la investigación (a menos que exista una justificación de salud o de investigación para conservar los identificadores o dicha retención sea requerida por ley); y (C) escrito adecuadamente garantías de que la Información de salud protegida (PHI) no se reutilizará ni divulgará a ninguna otra persona o entidad (excepto cuando lo exija la ley) para la supervisión autorizada del estudio de investigación, o para otras investigaciones para las cuales el

uso o divulgación ser permitido; (ii) la investigación no podría llevarse a cabo prácticamente sin la renuncia; y (iii) la investigación no podría llevarse a cabo prácticamente sin acceso y uso de la PHI.

7. Serias amenazas para la salud o la seguridad. Nuestra práctica puede usar y divulgar el IIHI de su hijo(a) cuando sea necesario para reducir o prevenir una amenaza grave a la salud y seguridad de su hijo(a) o la salud y seguridad de otra persona o del público. En estas circunstancias, solo haremos divulgaciones a una persona u organización que pueda ayudar a prevenir la amenaza.

8. Compensación de trabajadores. Nuestra práctica puede divulgar el IIHI de su hijo(a) para compensación de trabajadores y programas similares.

9. Cumplimiento. Estamos obligados a divulgar el IIHI de su hijo(a) al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos o su designado, previa solicitud, para investigar nuestro cumplimiento con HIPAA o ante usted, de conformidad con la sección E.3. abajo.

E. SUS DERECHOS CON RESPECTO AL IIHI DE SU HIJO(A)

Usted tiene los siguientes derechos con respecto al IIHI que mantenemos sobre su hijo(a):

1. Comunicaciones confidenciales. Tiene derecho a solicitar que nuestra práctica se comunique con usted acerca de la salud de su hijo(a) y asuntos relacionados de una manera particular o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede pedirnos que no nos comuniquemos con usted. Para solicitar un tipo de comunicación confidencial, debe realizar una solicitud por escrito al Administrador del sitio, especificando el método de contacto solicitado o la ubicación donde desea que nos comuniquemos con usted. Nuestra oficina se acomodará a las solicitudes razonables. No necesita dar una razón para su solicitud.

2. Inspección y Copias. Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia del IIHI que se puede usar para tomar decisiones sobre su hijo(a), incluidos los registros médicos del paciente y los registros de facturación, pero sin incluir notas de psicoterapia. Debe enviar su solicitud por escrito al Administrador del sitio para inspeccionar y / u obtener una copia del IIHI de su hijo(a). Nuestra práctica puede cobrarle una tarifa por los costos de copia, envío por correo, mano de obra y suministros asociados con su solicitud. Nuestra práctica puede denegar su pedido de inspeccionar y / o copiar en ciertas circunstancias limitadas; sin embargo, puede solicitar una revisión de nuestra negación.

3. Enmienda. Puede pedirnos que corrijamos la información de salud de su hijo(a) si cree que es incorrecta o está incompleta, y puede solicitar una enmienda mientras la información sea conservada por o para nuestra práctica. Para solicitar una enmienda, su solicitud debe hacerse por escrito y enviarse al Gerente de la Oficina. Debe proporcionarnos un motivo que respalde su solicitud de enmienda. Nuestra práctica denegará su solicitud si no presenta su solicitud (y el motivo que respalda su solicitud) por escrito. Además, podemos denegar su solicitud si nos solicita modificar información que, en nuestra opinión, es: (a) precisa y completa; (b) no es parte del IIHI mantenido por o para la práctica; (c) no es parte del IIHI que se le permitiría inspeccionar y copiar; o (d) no creado por nuestra práctica, a menos que la persona o entidad que creó la información no esté disponible para modificar la información.

4. Derecho a una copia en papel de este aviso. Tiene derecho a recibir una copia en papel de nuestro aviso de prácticas de privacidad. Puede pedirnos que le demos una copia de este aviso en cualquier momento.

5. Derecho a proporcionar una autorización para otros usos y divulgaciones. Nuestra práctica obtendrá su autorización por escrito para usos y divulgaciones que no estén identificadas por este aviso o permitidas por la ley aplicable. Toda autorización que nos proporcione con respecto al uso y divulgación del IIHI de su hijo(a) puede revocarse en cualquier momento por escrito. Después de que revoque su autorización, ya no usaremos ni divulgaremos el IIHI de su hijo(a) por los motivos descritos en la autorización. Tenga en cuenta que debemos mantener registros de la atención de su hijo(a).

Si cree que se ha violado su privacidad en virtud de estos términos, se puede presentar una queja ante el Departamento de Salud Pública de Illinois. Las quejas se pueden presentar por teléfono, correo o fax.

Teléfono

Central Complaint Registry Hotline - 800-252-4343

Monday-Friday 8:30 a.m. to 4:30 p.m.

TTY for the Hearing Impaired Only- 800-547-0466

Correo

[Healthcare Facilities Complaint Form](#)

Mail form to:

Illinois Department of Public Health

Office of Health Care Regulation

Central Complaint Registry

525 W. Jefferson St., Ground Floor

Springfield, IL 62761-0001

Fax [Healthcare Facilities Complaint Form](#)

Fax form to: 217-524-8885

09/15/18



MP
Pediatrics

JENNIFER A PEREZ, MD, FAAP, IBCLC
NURSE PRACTITIONER KIM CARBONARA, ANP, CPNP
7222 W. CERMAK, SUITE 504
NORTH RIVERSIDE, IL 60546
PHONE 773-284-6270, FAX 773-284-6290

Responsabilidades Financieras del Paciente

Como paciente, es mejor para usted y es su responsabilidad comprender los beneficios de su plan de seguro y su responsabilidad entender los deducibles, co-seguros o copagos antes de cualquier visita.

En MP PEDIATRICS, nuestros médicos practican la medicina según su capacitación, educación y mejores prácticas para lograr los mejores resultados posibles para su (s) hijo (s). No practicamos servicios médicos basados a sus beneficios de Seguro médico. El seguro médico no es una garantía de cobertura total y usted tendrá la responsabilidad financiera de cualquier deducible, co-seguro o copago. Es posible que tenga montos diferentes de deducibles, co-seguros o copagos, según el estado contratado. Su contrato y los beneficios con su seguro cambian, por lo tanto, la cantidad que paga puede cambiar también.

MP PEDIATRICS espera el pago de cualquier copago o balances en el momento en que se prestan los servicios. Cualquier balance no pagado que sea responsabilidad del paciente, se facturará y se espera que se pague al recibirlo. En caso de que los balances permanezcan impagos, MP PEDIATRICS requerirá que los balances se paguen en su totalidad antes de la próxima visita programada. MP PEDIATRICS se reserva el derecho de negarse a programar cualquier cita en la que exista un balance impago. Si encuentra un error en la facturación, comuníquese con la oficina de facturación en 779-324-5197, o con el gerente de la oficina, Gina, en 773-284-6270 para resolverlo inmediatamente. Las compañías de seguros limitan la cantidad de tiempo permitido para procesar y corregir balances. Cualquier balance que pase a tiempo, según lo determine la compañía de seguros, será responsabilidad del paciente.

Tenga en cuenta que si su plan cubre un chequeo anual, esa cita cubre temas de bienestar y una revisión de cualquier condición crónica. Si se abordan inquietudes adicionales durante el chequeo o si se encuentran anomalías, puede haber un cargo por visita por enfermedad adicional que está sujeto a copagos estándar según lo determine su plan de seguro de salud.

09/15/18