

**Acuerdo de Responsabilidad Financiera y Políticas**

Este formulario debe aclarar los gastos asociados con MindSource Centro. Las tarifas se calculan en base al tiempo de duración del servicio. Sesiones tiempo cara a cara pueden incluir entrevistas, medicamento controles, planificación, cumplimentación de formularios y de las conversaciones telefónicas a otras entidades.

**Por favor, lea y los siguientes:**

\_\_\_\_\_ Todas las citas deben estar en la oficina. Por favor, tenga en cuenta que las compañías de seguros no pagan por teléfono visitas, redacción de informes, frecuente o prolongado contacto por teléfono, en caso de cancelaciones fuera y/o si no se presenta tasas de pago de cuotas puede ser con todos y cada uno de estos servicios no cubiertos por el seguro.

\_\_\_\_\_ Reports, cartas u otros documentos, mientras que usted no está presente, puede implicar una tarifa. Esta tasa se basa en la cantidad de tiempo empleado en la preparación.

\_\_\_\_\_ In el caso de cancelación tardía o no-show, que son los responsables de la tasa de No Show. La tasa de No Show debe ser pagado en su totalidad o arreglos de pago debe ser realizado antes de que otra cita de seguimiento está previsto. Una cita debe ser cancelado 48 horas hábiles de antelación para evitar el pago. (Por ejemplo: si la cita es el lunes a 15:15, usted debe cancelar antes del jueves a 15:15) circunstancias inevitables, deben tomarse en consideración y decisión final se hará Stephen Streitfeld MD.

\_\_\_\_\_ En el caso de que su cuenta se refiere a o colocado en nuestras colecciones agencia, ud. será plenamente responsable de todos los cargos evaluados con las colecciones y/o cualquier honorarios de abogado o los gastos de la corte.

\_\_\_\_\_ Todos los copagos, coaseguros y deducibles y las cantidades son debido al momento del servicio, si por alguna razón usted no puede pagar en ese momento, será necesario un acuerdo de pago firmado acuerdo con una información de la tarjeta de crédito o débito y las fechas que pueden cobrar la tarjeta. Una cuota de esta conveniencia puede ser añadido a cada uno de los pagos realizados por este método.

\_\_\_\_\_ En caso de que no se contraigan con su compañía de seguros, independientemente de si es primario del secundario, será responsable del pago de la misma. (por ejemplo: Usted tiene United Healthcare, UHC, como principal y AHCCCS como secundario. Ya que no son contratados con AHCCCS, usted tiene que pagar el copago de la UCH. No factura de una compañía de seguros que no son contratados con.)

\_\_\_\_\_ En el caso de que un acuerdo de pago no es un honor, una tarifa será evaluado y un alternativo de pago en su totalidad será necesario antes de una cita de seguimiento. (Por

ejemplo: un cheque es devuelto por fondos insuficientes, requieren efectivo o tarjeta para todos los pagos futuros)

### **Cuadro de Tarifas y códigos**

Estos son algunos de los códigos básicos que pueden facturar. Todos los códigos facturación no están incluidas en esta lista. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con la oficina para más información.

Evaluación Inicial (90792)	\$350
Visita al Consultorio (99215) (Alta complejidad hasta 40 minutos)	\$200
Visita al Consultorio (99214) (Complejidad moderada hasta 25 minutos)	\$150
Visita al Consultorio (99213) (Baja complejidad hasta 15 minutos)	\$125
Estimulación Magnética Transcraneal (TMS) Visita Inicial (90867)	\$550
Estimulación Magnética Transcraneal (TMS) Visita de seguimiento (90868)	\$400
Estimulación Magnética Transcraneal (TMS) Umbral Re-eval (90869)	\$550
No show o cancelación tardía	\$50
Cheque Devuelto	\$35
Tarde copago Tasa/acuerdo de pago roto	\$5
Por debajo de los \$100 a más de 30 días de vencimiento Saldo POR MES	\$5
Más de \$100 más de 30 días de vencimiento Saldo POR MES	\$10
Recarga Principios/Script Rewrite (Ver Política)	\$10

Todas las preguntas o las cuestiones que deberían señalarse a la atención del personal de la oficina o al médico para su revisión o corrección. Stephen Streitfeld MD tiene la determinación final y la autoridad sobre todas las cuestiones de facturación.

Al firmar a continuación, lo reconozco, he leído y estoy de acuerdo con todas las políticas financieras y acuerdos de pago para MindSource Centro y Stephen Streitfeld MD.

Nombre impreso: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Recarga Principios/Script Rewrite Política**

Debido a la alta demanda, tras 1 marzo , 2014, habrá un \$ **10 CARGO** por cualquiera de las siguientes:

- 1) Su receta para el medicamento.
- 2) La reescritura de una receta parcialmente llenos.
- 3) Llenar una solicitud en mora para una cita (a menos que por escrito en una cita).
- 4) La reescritura para cada receta que no pueden ser transferidas.
- 5) Las recetas de sustancias controladas (ejemplos: anti-ansiedad meds, ADD/ADHD meds) no se sustituyen debido a las reglas de los tipos de medicamentos.

Si tiene alguna pregunta acerca de esta política, por favor consulte Stephen Streitfeld MARYLAND. El Dr. Streitfeld tiene la decisión final sobre todos los medicamentos recetados.

Reconozco que he leído y entendido esta política.

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Departamento

Firma: \_\_\_\_\_