

Office Billing and Insurance Related Policies

Dear Patient:

We appreciate and respect that you have chosen to receive medical services from our office. Our principal focus is on providing you with companionate and quality medical care. While medical care is our purpose, we have to recognize the realities of the economics of providing that care and the consequences of your insurance coverage.

We regret very much that the conduct of insurance companies now requires that patients provide authorization for credit card billing for each visit at the time of your visit. We apologize for this requirement, but given the routine practices of insurance companies we must insist on the credit card authorization. We will of course continue to bill your insurance carrier, and should your insurance company accept responsibility for your bill, you will be responsible only for any co-payment and deductibles. These have to be paid at the time of service as they are now.

If your insurance company declines to accept responsibility for all or part of your bill, your credit card will be charged for the services provided. Please note that we will not charge your card without informing you of this action prior to the charge. If your insurance company is wrong, and subsequently makes payment, we will of course promptly issue you a refund to your credit card.

This office policy is necessary because your insurance company will not guarantee that when we verify your coverage that the information they provide us with is accurate. Insurance companies regularly deny responsibility for bills even after they have provided verification and even demands refunds for services provided to patients' years after the date of service.

While insurance premiums have skyrocketed over the past years, as have the cost to this practice of such things as rent, malpractice insurance, and personnel, reimbursements from insurance carriers have only inched up, not covering the additional expenses, nor the losses from such bureaucratic practices as above.

Your health benefit, including your responsibility for co-payments, deductibles, and co-insurance, is a decision made by your employer, not this office or your health plan. You are encouraged to speak with your employer's human resources department, or insurance company as to the position that this practice has been placed.

I _____ (print name) authorize Endocrine Associates of West Village, PC to charge outstanding balances to the following credit card.

	Account Number	Security Code	Expiration Date
American Express			
MasterCard			
VISA			

Name on Card _____

(Nombre en la tarjeta)

(Όνομα στην κάρτα)

Signature _____ Date _____

(firma)

(υπογραφή)

Billing Office y seguros relacionados con las políticas

Estimado paciente:

Apreciamos y respeto que usted ha elegido para recibir servicios médicos de nuestra oficina. Nuestro enfoque principal es la que le proporciona compañerismo y la atención médica de calidad. Mientras que la atención médica es nuestro propósito, tenemos que reconocer las realidades de la economía de la prestación de que el cuidado y las consecuencias de su cobertura de seguro.

Lamentamos mucho que el comportamiento de las compañías de seguros ahora requiere que los pacientes proporcionan autorización de facturación de la tarjeta de crédito por cada visita en el momento de su visita. Pedimos disculpas por este requisito, pero teniendo en cuenta las prácticas habituales de las compañías de seguros, debemos insistir en la autorización de la tarjeta de crédito. Nosotros, por supuesto, seguir la cuenta a su compañía de seguros, y su compañía de seguros debe aceptar la responsabilidad de su factura, usted será responsable solamente de cualquier co-pago y deducibles. Estos tienen que ser pagados en el momento del servicio, ya que son ahora.

Si su compañía de seguros se niega a aceptar la responsabilidad de la totalidad o parte de su factura, su tarjeta de crédito se le cobrará por los servicios prestados. Por favor, tenga en cuenta que no se cargará en su tarjeta sin informarle de esta acción antes de la carga. Si su compañía de seguros que está mal, y posteriormente se hace el pago, nosotros, por supuesto, de inmediato le publicaremos un reembolso a su tarjeta de crédito.

Esta política de la oficina es necesario debido a que su compañía de seguros no garantiza que cuando verificamos la cobertura que la información que nos proporcionan es correcta. Las compañías de seguros niegan habitualmente la responsabilidad de las facturas, incluso después de que hayan proporcionado la verificación e incluso exige reembolsos por servicios prestados al año de los pacientes después de la fecha de servicio.

Mientras que las primas de seguros se han disparado en los últimos años, al igual que el costo de esta práctica de las cosas tales como el alquiler, el seguro de mala praxis, y el personal, los reembolsos de las compañías de seguros sólo han aumentado paulatinamente, que no cubra los gastos adicionales, ni las pérdidas de tales burocrática prácticas que el anterior.

Su beneficio de la salud, incluida su responsabilidad de co-pagos, deducibles y co-seguros, es una decisión tomada por su empleador, no esta oficina o su plan de salud. Se le anima a hablar con el departamento de recursos humanos de su empleador o compañía de seguros en cuanto a la posición de que esta práctica se ha colocado.

Yo _____ (nombre), autorizo endocrinos Asociados de West Village, PC de cobrar los saldos pendientes a la siguiente tarjeta de crédito.

Χρέωσης γραφείου και Ασφάλιση Σχετικά Πολιτικές

Αγαπητέ Ασθενής:

Εκτιμούμε και το σεβασμό που έχετε επιλέξει να λαμβάνετε ιατρικές υπηρεσίες από το γραφείο μας. Κύριος στόχος μας είναι στην παροχή σας με συντροφικός και την ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης. Ενώ η ιατρική περίθαλψη είναι ο σκοπός μας, θα πρέπει να αναγνωρίζει τις πραγματικότητες της οικονομίας για την παροχή αυτή τη φροντίδα και τις συνέπειες της ασφαλιστικής κάλυψής σας.

Λυπούμεθα πάρα πολύ ότι η συμπεριφορά των ασφαλιστικών εταιρειών απαιτεί πλέον ότι οι ασθενείς παρέχουν άδεια για τη χρέωση της πιστωτικής κάρτας για κάθε επίσκεψη κατά τη στιγμή της επίσκεψής σας. Ζητούμε συγγνώμη για την απαίτηση αυτή, αλλά με δεδομένες τις συνθήκες πρακτικές των ασφαλιστικών εταιρειών πρέπει να επιμείνουμε στην έγκριση της πιστωτικής κάρτας. Θα συνεχίσει φυσικά να τιμολογούν ασφαλιστικό φορέα σας, και θα πρέπει η ασφαλιστική εταιρεία σας αποδέχεται την ευθύνη για λογαριασμό σας, θα είστε υπεύθυνοι μόνο για οποιαδήποτε συν-πληρωμές και ατελειών. Αυτά θα πρέπει να καταβληθεί κατά το χρόνο της υπηρεσίας, όπως είναι τώρα.

Εάν η ασφαλιστική σας εταιρεία αρνείται να αναλάβει την ευθύνη για το σύνολο ή μέρος του λογαριασμού σας, η πιστωτική σας κάρτα θα χρεωθεί για τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Παρακαλώ σημειώστε ότι δεν θα χρεώσει την κάρτα σας χωρίς να σας ενημερώσουν αυτής της δράσης πριν από το τέλος. Εάν η ασφαλιστική εταιρεία σας είναι λάθος, και στη συνέχεια κάνει την πληρωμή, θα φυσικά αμέσως θα εκδώσουμε μια επιστροφή στην πιστωτική σας κάρτα.

Αυτή η πολιτική γραφείο είναι αναγκαία, διότι η ασφαλιστική εταιρεία σας δεν θα εγγυάται ότι όταν θα ελέγξει την κάλυψή σας ότι οι πληροφορίες που μας παρέχουν είναι ακριβή. Οι ασφαλιστικές εταιρείες αρνούνται συχνά την ευθύνη για τους λογαριασμούς, ακόμη και μετά έχουν δώσει τον έλεγχο, ακόμη και απαιτεί τις επιστροφές για υπηρεσίες που παρέχονται σε χρόνια ασθενών μετά την ημερομηνία επίδοσης.

Ενώ τα ασφάλιστρα έχουν ανεβάσει στα ύψη τα τελευταία χρόνια, καθώς έχουν το κόστος αυτής της πρακτικής τέτοια πράγματα όπως ενοίκιο, ασφάλιστρα αμέλεια, και το προσωπικό, αποζημιώσεις από φορείς ασφάλισης έχουν κατέγραψε οριακά κέρδη μόνο μέχρι, που δεν καλύπτουν τις πρόσθετες δαπάνες, ούτε οι απώλειες από τέτοιες γραφειοκρατικές οι ανωτέρω πρακτικές.

Όφελος για την υγεία σας, συμπεριλαμβανομένης της ευθύνης σας για συν-πληρωμές, ατελειών, και συν-ασφάλιση, είναι μια απόφαση που λαμβάνεται από τον εργοδότη σας, δεν είναι αυτό το γραφείο ή το σχέδιο για την υγεία σας. Είστε ενθαρρύνονται να μιλήσει με το τμήμα ανθρώπινου δυναμικού του εργοδότη σας, ή ασφαλιστική εταιρεία σχετικά με τη θέση ότι η πρακτική αυτή έχει τοποθετηθεί.

I _____ (όνομα) να επιτρέπουν ενδοκρινικού Associates of West Village, T.K. για να χρεώνουν τα υπόλοιπα στην ακόλουθη πιστωτική κάρτα.