

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Family Practice \* Pediatric**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dear Patient,

Kellum Medical Group will verify benefits, estimate patient portion and file all insurance documents. ***However, it is the patient’s responsibility to understand their coverage and that there is no guarantee of payment from any insurance company*.** Your contract is with your insurance company. We do our best to estimate what each insurance will pay but it is nearly impossible to be exact and at times the patient is left with a balance. The majority of the time the balance is less than $100.

**How do I know how much you are going to charge me?**

You will receive a letter from your insurance carrier that explains how much of your office visit they pay. This is call an Explanation of Benefits (EOB). This Letter tells you exactly, according to your insurance coverage, how much they have paid. If your balance after insurance pays exceeds $100, we will charge the first $100 and notify you of the remaining balance. If the patient paid more than expected, we will issue you a refund.

**No Show and Cancellation for Appointments**

No Show and Cancellation for appointments with less than **24 hours’** notice will incur a fee of **$40**. When a patient fails to show up for an appointment or cancels last minute this prevents other patients for having that time and affects the quality of care we can offer to all patients. This will be charged to your patient chart and account in office and a patient statement will be mailed to you.

Kellum Medical Group has a new Policy effective January 16th, 2016, for patients who miss their appointments. Our Policy consists of the following:

* Patient or parent/guardian will have to call at **least 24 hours** prior to appointment time to cancel/reschedule their appointment to avoid the $40 “No Show” fee.
* Fee will be charged **for each** missed appointment limited to 3 visits. After the 4th “No Show” appointment, you will be terminated of any further treatment in the office. (If your insurance requires a Primary Care Physician, you have 30 days to search for a new provider of your choice.)

*We are implementing this new policy due to the non-compliance of many patients with their appointments.*

I have read and understand the policies set forth by Kellum Medical Group.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Patient or Parent/Legal Guardian Signature Date

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Printed Name Date of Birth



\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Family Practice \* Pediatric**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Querido Paciente,

Kellum Medical Group verificará los beneficios, estimara’ la porción del paciente y archivará’ todos los documentos del seguro. ***Sin embargo, es responsabilidad del paciente comprender su cobertura que no hay garantía de pago de ninguna compañía de seguros.*** Su contracto es con seguro, pero es casi imposible ser exacto y, en ocasiones, el paciente queda con un saldo. La ***mayoría*** de las veces el saldo es inferior a $100.

**Como sabré cuanto me va a cobrar?**

Recibirá una carta de su compañía de seguros que explica la cantidad de visitas a su oficina que pagan. Esto se llama una Explicación de Beneficios (EOB). Esta carta le dice exactamente, según su cobertura de seguro, curanto han pagado. Si su saldo después del pago del seguro supera los $100, le cobramos los primeros $100 y le notificáremos el saldo restante. Si el paciente paga más de lo esperado, le emitiremos un reembolso.

**No Show Y Cancelaciones de citas**

Si no se presenta y se cancelan citas con menos de 24 horas de antelación, se cobrara un cargo de **$40**. Cuando un paciente no se presenta a una cita o se cancela en el último minute, esto evita que otros pacientes tengan ese tiempo y afecta la calidad de la atención que podemos ofrecer a todos las pacientes. Estos se cargaran a su historial de pacientes y a su cuenta en la oficina, y se le enviara un resumen del paciente.

Kellum Medical Group tiene una nueva póliza a partir de 25 de Enero de 2016 para los pacientes que faltan a su cita. Nuestra consiste en lo siguiente:

* El paciente o padre/tutor legal tendrá que llamar **24 horas** antes de la hora de su cita para cancelar/cambiar la cita para evitar una tarifa de **$40.**
* Tarifa se cobrar **por cada** limitado hasta 3 visitas. Después de 4 visitas, usted será despedido de cualquier tratamiento adicional en la oficina. (si su seguranza requiere de un médico de atención primaria, tiene 30 días para buscar un nuevo medico de su elección).

Estamos poniendo en práctica esta nueva póliza debido a la falta de cumplimento de muchos pacientes con su citas.

He leído y entiendo las poiticias establecidas por Kellum Medical Group.

Firma de Paciente o Padre/Tutor Legal Date

Nombre Impreso Fecha de Nacimiento



\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Family Practice \* Pediatric**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OFFICE POLICIES**

**CANCELLATIONS:** We require at least a 24-hour notice for cancellations of appointments so that we may offer your appointment time to another patient. If you do not provide at least a 24-hour notice, you will receive a bill for the $40 NO-SHOW FEE.

**TARDINESS:**  If you are 15 minutes late or more, you may be rescheduled in order to accommodate our other patients’ appointment slots.

**PRESCRIPTION REFILLS:** Refills requests must be made at least one week in advance and should be faxed from your pharmacy to our office 210-231-2553

**PRESCRIPTIONS/CONTROLLED SUBSTANCES:** Narcotics are carefully regulated medications and are generally not prescribed unless absolutely necessary. The providers at Kellum Medical Group not only limit the use of narcotic prescriptions, but also want the patients prescribed narcotics to understand that if a patient reports the prescription was lost, a replacement prescription will not be issued. A limited number of narcotic medications will be prescribed. When the narcotic course is completed, the patient will be required to schedule an office visit and be seen by the provider. Narcotic refills will not be authorized without an office visit. Patient should be very careful with the prescription, treating it as one would cash. A drug screening is required before narcotics are prescribed.

**AFTER HOURS CALLS:** After hour call will be answered by our automated service. In case of an urgent matter that cannot wait for the next business day, you may reach the on-call provider. We will not call in new prescriptions or refill prescriptions after hours. Please make prescription refills and appointment request during regular office hour or use the patient portal for you request.

**MEDICAL RECORDS:** There is a $25 fee for release of medical records up to the first 20 pages, then a $0.15 charge for each additional page. This must be paid prior to the release of records as it helps cover the cost of printing and shipping. Please allow one week to process your request.

**COMPLETION OF FORMS:** As per the rules adopted by the State Board of Medical Examiners, our office will respond to the request for the completion of medical records following the receipt of the appropriate fees. Forms will be completed within five days. Fees for forms are as follows: FMLA $50, Application for Disability License $20, Disability forms from Lawyer $50, VIA Forms $20, Medical Letters $40, Shot Records $10 (excluding Medicaid/Chip) ***\*\*\*There is not a guarantee that forms will be filled out. All determinations are based upon eligibility and upon physician direction\*\*\****

**DRUG SCREENING:** *All* patients are subject to a random drug screening as determined by your provider.

I have read and understand the policies set forth by **Kellum Medical Group**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Patient or Parent/legal Guardian Date

Printed Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Family Practice \* Pediatric**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**POLITICAS DE OFICINA**

**CANCELACIONES: Requerimos** al menos un aviso de 24 horas para la cancelación de citas para que podamos ofrecerle su cita a otro paciente. Si no proporciona un aviso con al menos 24 horas de anticipación, recibirá una facture por el NO SHOW FEE DE $40.

**TARDANZAS:** Si llega 15 minutos tarde o más puede ser reprogramado para acomodar el espacio para citas de nuestros otros pacientes.

**RECARGAS DE RECETADO:** Las solicitudes de resurtido se deben hacer al menos con una semana de anticipación y se deben enviar desde su farmacia a nuestra oficina 210-231-2553.

**NARCOTICOS/SUSTANCIAS CONTROLADAS:** Los narcóticos son medicamentos cuidadosamente regulados y generalmente no se recetan a menos que sea absolutamente necesario. Los proveedores de Kellum Medical Group no solo limitan el uso de prescripciones de narcóticos, sino que también desean que los pacientes que prescriben narcóticos comprendan que si un paciente informa que la receta se perdió, no se emitirá una receta de reemplazo. Se prescribirá un número limitado de medicamentos narcóticos. Cuando se complete el curso de narcóticos, el paciente deberá programar una visita al consultorio y ser visto por el proveedor. Los recambios de estupefacientes no se autorizaran sin una vista al consultorio. El paciente debe tener mucho cuidado con la receta, tratándola como si fuera efectivo. Se requiere una prueba de detección de drogas antes de recetar narcóticos.

**LLAMADAS DESPUES DE HORAS:** Nuestro servicio automatizado responderá a las llamadas después de horas. In caso de un asunto urgente que no pueda esperar al siguiente día hábil, puede comunicarse con el proveedor de guardia. No llamaremos nuevas recetas ni volveremos a surtir recetas después del horario de atención. Por favor, haga resurtidos de recetas y solicitudes de citas durante las horas regulares de oficina o por el Portal de Pacientes.

**REGISTROS MEDICOS:** Se cobra una tarifa de $25 por la divulgación de registros médicos hasta las primeras 20 paginas, luego un cargo de $0.15 por cada página adicional. Esto se debe pagar antes de la publicación de los registros, ya que ayuda a cubrir el costo de impresión y envío. Por favor, espere una semana para procesar.

**TERMINACION DE FORMULARIOS:** De acuerdo con las normas adoptadas por la Junta Estatal de Examinadores Médicos, nuestra oficina responderá a las solicitudes para completar los registros médicos luego de recibir las tarifas correspondientes. Los formularios se completaran dentro de los cinco días hábiles. Las tarifas para los formularios son las siguientes: FMLA $50, Solicitud de licencia para Discapuacidades$20, Formas de discapacidad Del Abogado $50. A Través de Formas $20, Cartas Medicas $40, Registro Total $10 (Excepto Medicaid/Chip) ***\*\*\*No existe una garantía de que los formularios serán llenados. Todas las determinaciones se basan en la elegibilidad y en la instrucciones del médico\*\*\****

**PRUEBA DE DROGAS**: Todos los pacientes están sujetos a una prueba de detección de drogas al azar según lo determine su proveedor.

He leído y entiendo las políticas establecidas por **Kellum Medical Group.**

Firma de Paciente o Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Family Practice \* Pediatric**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IMPORTANT INFORMATION ON PREVENTIVE CARE BENEFITS**

Due to insurance regulations, all physicals, well-women exams and well-child exams are considered preventive care visits. Most insurance companies cover 100% of one preventative care visit per year, however Kellum Medical Group will not be responsible for any exclusions to your individual plan. Please check with your pan administrator with any questions or concerns. The visits cover general check-ups, routine cancer screenings, immunizations, counseling on diet and exercise, child development, and vitamin supplements. Unfortunately, insurance companies will not cover no-preventative care issues raised during a preventative care visit. As such, we strongly encourage you to separate, follow-up appointment with our providers if you have medical concerns that fall outside of preventative care.

This will prevent your insurance company for billing you extra for your preventative care visit while ensuring our doctor’s schedule that appropriate amount of time to address your medical concerns. We thank you for your understanding in this matter.

Print Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Patient/Guardian Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Family Practice \* Pediatric**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMACION IMPORANTE SOBRE LOS BENEFICIOS DE ATENCION PREVENTIVE**

Debido a las regulaciones del seguro, todos los examines físicos, examines de bienestar y examines de bienestar infantil se consideran visitas de atención preventiva. La mayoría de las compañías de seguros cubren 100% de una visita de atención preventiva por ano, sin embargo, Kellum Medical Group no será responsable de ninguna exclusión de su plan individual. Por favor, consulte con el administrador de su plan si tiene alguna pregunta o inquietud. Las visitas cubren chequeos generales, examines de detección de cáncer de rutina, inmunizaciones, asesoramiento sobro dieta y ejercicio, desarrollo infantil Y suplementos vitamínicos. Desafortunadamente, las compañías de seguros no cubrirán los problemas de atención no preventiva planteados durante una visita de atención preventiva. Como tal, le recomendamos encarecidamente que hago una cita de seguimiento separada con nuestros proveedores si tiene inquietudes médicas que no se encuentran dentro de la atención preventiva.

Esto evitara que su compañía de seguros le facture más por su visita de atención preventiva mientras se asegura que nuestros médicos programen el tiempo adecuando para abordar sus inquietudes médicas. Agradecemos su compresión en este tema.

Imprimir Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Paciente o Padre/Tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Family Practice \* Pediatric**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**LAW DRAW CONSENT**

Kellum Medical Group cannot guarantee nor do we obtain prior authorization for any blood draws/specimen handling or processing. **It is the patient’s responsibility to know what labs or tests are covered by their insurance. If you have any questions regarding your coverage for blood draws and lab processing, please call your insurance prior to your appointment to verify that it is a covered service under your plan.** Self-pay patients must be aware that the fee for labs drawn will be collected at the time of the draw.

Due to numerous laboratories and the contract requirements of each, it is impossible to be affiliated with them all. Kellum Medical Group is affiliated with CPL (Clinical Pathologies Laboratories), Quest Diagnostics, LabCorp and Lab One. All blood drawn and specimens obtained here will be processed, analyzed and billed through one of these entities.

Blood draws with proper physician orders are welcome to have testing off site at their insurance specified lab choice.

By signing below, you acknowledge and accept responsibility if these labs are out of network, and that Kellum Medical Group will **NOT** be responsible for any denied claims and the patient will be billed for services that are not covered by their insurance.

Signature of Patient/Responsible Party Date

Print Name Date of Birth



\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Family Practice \* Pediatric**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO DE SORTEO DE LABORATORIO**

Kellum Medical Group no puede garantizar ni obtenemos una autorización previa para la extracción o el procesamiento de muestras de sangre. **Es responsabilidad del paciente saber que laboratorios o pruebas están cubiertos por su seguro. Si tiene alguna pregunta sobre su cobertura para extracciones de sangre y procesamiento de laboratorio, llame a su seguro antes de su cita para verificar que sea un servicio cubierto por su plan**. Los pacientes que pagan por cuenta propia deben ser conscientes de que la tarifa por los laboratorios extraídos se cobrara en el momento de sorteo.

Debido a los numerosos laboratorios y los requisitos contractuales de cada uno es imposible estar afiliados a todos ellos, Kellum Medical Group está afiliado con CPL (Laboratorios de Patologías clínicas), Quest Diagnostics, LabCorp Y Lab One. Toda la sangre extraída y las muestras obtenidas aquí se procesaran, analizaran Y facturaran a través de una de estas entidades

Las extracciones de sangre con las ordines apropiadas de las médicos son bienvenidas para que se realicen las pruebas fuera del sitio en el laboratorio de su seguro especificado.

Al Firmar a continuación, usted reconoce y acepta la responsabilidad si estos laboratorios están fuera de la red que Kellum Medical Group **NO** será responsable por ninguna reclamación denegada y se facturara al paciente los servicios que no están cubiertos por su seguro.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Paciente/Parte responsable Fecha de la Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Imprimir Nombre Fecha de Nacimiento