



Confidentiality, Privacy, and HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act)

MVP Kids care is committed to protecting the confidentiality of its patients' medical information, and is required by law to do so. This Notice describes how we may use your medical information within the office and how we may disclose it to others outside of MVP Kids Care. This Notice also describes your rights concerning your own medical information. Please review it carefully and let us know if you have questions

- Both birth parents and legal guardians have equal rights to their child(ren)'s medical records, unless there is a legal document stating differently. Parents/legal guardians can also request:
 - A copy of your child(ren)'s record;
 - An amendment to your child(ren)'s record *if you think that certain information is incorrect or missing*;
 - Request a specific method of communication. The BEST way to receive information about your child(ren)'s care is through our confidential patient portal, but we will respect whichever method of contact you choose.
- MVP Kids Care is allowed to share your child(ren)'s Protected Health Information (PHI) with other healthcare providers involved in their care, insurance companies, and permitted government agencies (like immunization registries), as well as the Health Information Exchange in which MVP Kids Care participates. Parents can request an accounting of who has seen their child(ren)'s PHI.
- Parents or legal guardian consent to child(ren)'s care until they reach 18, or until they are lawfully married, emancipated, homeless, or in the military.

However, Arizona laws state that adolescents (as young as 12 or 13) can ask for, and consent to confidential treatment for¹:

1. Emergency care
2. Examination and treatment of sexually-transmitted diseases
3. Contraception or pregnancy²
4. Abuse (mental or physical), or sexual assault
5. Alcohol &/or substance abuse

Please know that we counsel teen patients about the importance of including parents in the discussion or treatment for the above issues. We also advise teens that if they are covered by a parent's healthcare insurance, complete confidentiality may not be possible. Although your medical information is our property, you have the right to: Request Access to Your Medical Information: Patients have a right to look at their own medical information and to get a copy of that information. This includes your medical record, your billing record, and other records we use to make decisions about your care. Medical information that is available electronically may be obtained in that format. To request a copy of your medical information please contact our office. If you request a copy of your records, you will be charge for our costs to copy the file.

Request Confidential Communications: You have the right to ask us to communicate with you in a way that you feel is more confidential. For example, you can ask us not to call your home, but to communicate only by mail. At the time of service or upon registration you may orally request confidential communications. Otherwise you must submit a request in writing to our office. You can also ask to speak with your health care providers in private outside the presence of other patients.

Receive a Paper Notice: If you have received this Notice electronically, you have the right to a paper copy at any time.

Receive Notice of a Breach: You have the right to be notified in writing following a breach of your medical information that is not secured in accordance with certain security standards.

¹ A.R.S. 44.132.01

² Until 18 years of age, Arizona requires a parent's/legal guardian's written consent for an abortion.



Consent to Treatment

Children depend on adults for their healthcare needs. That is why we are asking parents/legal guardians to tell us who is allowed to bring their child(ren) in for medical treatment. We are required, by law, to document all adults who - besides a child's biological mother and father - can consent to your child(ren)'s care. We are required to have photo ID on file for any adult that will be consenting to treatment.

1. **When giving permission to other adults to bring in your child(ren), you explicitly understand that they will see or hear information about your child(ren)'s medical treatment in your child(ren)'s medical record.**
2. **They may be asked to consent to diagnostic procedures, immunizations, medical treatments, care plans, etc.**
3. Must have your insurance information (card) and pay your co-pay, deductible, etc. at the time of the visit.
4. **Must provide identification** when accompanying your child(ren) to appointments.

A form is provided for you to list people that you give permission to bring your child(ren) in if you are not able to. This list is updated annually, unless you need to make changes prior to the new year. If you find there is a need to have someone not listed bring the child(ren) in, we must have a verbal or written confirmation/permission from you, as well as a valid phone number to reach you if necessary.

Financial Policy

We will bill your insurance company for today's visit. But please don't be surprised if you receive a bill for the amount your insurance company does not pay, including non-covered services. We are contractually required to collect your co-pay, co-insurance, or uncovered services costs. Any estimated patient responsibility will be due at the time of check-in. All patients must show proof of insurance. Failure to provide the correct information may result in you being financially responsible for the balance. You are expected to notify us of any insurance changes within 30 days of the change.

No insurance or Self-Pay

Payment is expected at the time of service. Discounts **may** be offered to all uninsured patients. If you are in "pending" status with AHCCCS and your AHCCCS request is denied, you will be responsible for paying what it is due. Any unpaid balances after 90 days from the date of service may be sent to collections or breach my payment plan, I might be sent to collections and my child(ren) discharged from the practice. Any assessed collection fees will be your responsibility. If you have questions about your plan, coverage or benefits, please contact your plan administrator, or contact your insurance company directly. It is your responsibility to know your insurance benefits.

FMLA, Physical Forms, or Disability Request Forms

Payment for these forms may be required up front if an office visit is not. **A fee of \$75** will be assessed for each document or request, per patient. These forms can be quite time consuming to complete, so we ask for your patience in having these completed. Please allow 7 business days for Physical Forms or Disability Requests, and up to 14 business days for FMLA packets.

No-Show & Cancellation Policy

If you can't make a scheduled appointment, please let us know as soon as reasonably possible so that we can give another child the opportunity to be seen. **Sick visit:** Please call our office to cancel a sick appointment **at least 3 hours prior to the scheduled appointment time.** **Non-sick visits:** Please call our office to cancel **at least 24 hours prior to the scheduled visit.** **Procedure visit:** Please call our office at least 48 hours prior to the scheduled visit. If you miss an appointment, and didn't let us know in advance or provide an acceptable reason for no-showing, we will make a note in your child(ren)'s record and send you a letter to notify you that you didn't show, and to remind you of this No-Show policy.

- If your child(ren) is covered by AHCCCS:
 - We will send a letter to notify you that you didn't show, and we will notify your plan that you have missed more than one scheduled appointment. This could result in loss of coverage.

We do have the right to assess a \$50 no-show fee to your account for any missed appointments. Exceptions to this policy will only be made if your child(ren)'s provider agrees to it.

¹ A.R.S. 44.132.01

² Until 18 years of age, Arizona requires a parent's/legal guardian's written consent for an abortion.



Confidencialidad, privacidad HIPAA (Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud)

MVP Kids Care se compromete a proteger la confidencialidad de la información médica de sus pacientes y está obligado por ley a hacerlo. Este Aviso describe cómo podemos usar su información médica dentro de MVP Kids Care y cómo podemos divulgarla a otras personas fuera de MVP Kids Care. Este Aviso también describe sus derechos con respecto a su propia información médica. Por favor, revísalo cuidadosamente y haznos saber si tienes preguntas.

Aquí hay un resumen de lo que los padres deben saber sobre HIPAA:

- 1. Tanto los padres biológicos como los tutores legales tienen los mismos derechos sobre los registros médicos de sus hijos, a menos que exista un documento legal que indique lo contrario. Los padres / tutores legales también pueden solicitar:
 - Una copia del registro de su hijo (s);
 - Una enmienda al registro de su (s) hijo (s) **si cree que cierta información es incorrecta o falta;**
 - Solicitar un método específico de comunicación. La MEJOR manera de recibir información sobre el cuidado de su (s) hijo (s) es a través de nuestro portal confidencial para pacientes, pero respetaremos el método de contacto que elija.
- MVP Kids Care tiene permitido compartir la Información Protegida Salud protegida de su hijo (s) con otros proveedores de atención médica involucrados en su cuidado, compañías de seguros y agencias gubernamentales permitidas (como registros de vacunación), así como el Intercambio de Información de Salud en el que participa MVP Kids Care. Los padres pueden solicitar un informe de quién ha visto la salud protegida de su hijo (s).
- Los padres o tutores legales aceptan el cuidado de los niños hasta que alcancen la edad de 18 años o hasta que estén legalmente casados, emancipados, sin hogar o en el servicio militar.
Sin embargo, las leyes de Arizona establecen que los adolescentes (hasta los 12 o 13 años) pueden solicitar y dar su consentimiento para un tratamiento confidencial para:
 - 6. Atención de emergencia
 - 7. Examen y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.
 - 8. Anticoncepción o embarazo²
 - 9. Abuso (mental o físico), o agresión sexual.
 - 10. Abuso de alcohol y / o sustancias

Tenga en cuenta que aconsejamos a los pacientes adolescentes sobre la importancia de incluir a los padres en la discusión o el tratamiento de los problemas anteriores. También aconsejamos a los adolescentes que, si están cubiertos por el seguro de salud de los padres, puede que no sea posible una confidencialidad completa.

Si bien su información médica es de nuestra propiedad, tiene derecho a: Solicitar acceso a su información médica: los pacientes tienen derecho a consultar su propia información médica ya obtener una copia de esa información. Esto incluye su registro médico, su registro de facturación y otros registros que utilizamos para tomar decisiones sobre su atención. La información médica que está disponible electrónicamente se puede obtener en ese formato. Para solicitar una copia de su información médica, comuníquese con nuestra oficina. Si solicita una copia de sus registros, se le cobrará por nuestros costos para copiar el archivo.

Solicitar comunicaciones confidenciales: tiene derecho a solicitarnos que nos comuniquemos con usted de la manera que considere más confidencial. Por ejemplo, puede pedirnos que no llamemos a su casa, sino que nos comuniquemos solo por correo. En el momento del servicio o al registrarse, puede solicitar oralmente comunicaciones confidenciales. De lo contrario, debe enviar una solicitud por escrito a nuestra oficina. También puede solicitar hablar en privado con sus proveedores de atención médica fuera de la presencia de otros pacientes.

Reciba un Aviso en papel: Si recibió este Aviso en forma electrónica, tiene derecho a una copia en papel en cualquier momento.

Recibir aviso de una violación: Usted tiene derecho a ser notificado por escrito después de una violación de su información médica que no está protegida de acuerdo con ciertas normas de seguridad.

¹ A.R.S. 44.132.01 ² Hasta los 18 años de edad, Arizona requiere el consentimiento por escrito de un padre o tutor legal para un aborto.

¹ A.R.S. 44.132.01

² Until 18 years of age, Arizona requires a parent's/legal guardian's written consent for an abortion.



Consentimiento para el Tratamiento

Los niños dependen de los adultos para sus necesidades de salud. Es por eso que les pedimos a los padres / tutores legales que nos digan quién tiene permiso para traer a sus hijos para recibir tratamiento médico. La ley nos exige que documentemos a todos los adultos que, además de la madre y el padre biológicos de un niño, pueden dar su consentimiento para el cuidado de su (s) hijo (s). Estamos obligados a tener una identificación con foto en el archivo de cualquier adulto que esté de acuerdo con el tratamiento.

- Al dar permiso a otros adultos para traer a su (s) hijo (s), usted comprende explícitamente que ellos verán o escucharán información sobre el tratamiento médico de su (s) hijo (s) en el registro médico de su (s) hijo (s).
- Se les puede pedir que den su consentimiento a procedimientos de diagnóstico, inmunizaciones, tratamientos médicos, planes de atención, etc.
- Debe tener su información de seguro (tarjeta) y pagar su copago, deducible, etc. al momento de la visita.
- Debe proporcionar una identificación cuando acompañe a su (s) hijo (s) a las citas.

Se le proporciona un formulario para que enumere a las personas a las que da permiso para traer a su (s) hijo (s) en caso de que no pueda hacerlo. Esta lista se actualiza anualmente, a menos que necesite realizar cambios antes del año nuevo. Si considera que es necesario que alguien que no esté en la lista traiga al (los) niño (s), debemos tener su confirmación / permiso verbal o por escrito, así como un número de teléfono válido para comunicarse con usted si es necesario.

Política Financiera

Le facturaremos a su compañía de seguros la visita de hoy. Pero no se sorprenda si recibe una factura por el monto que su compañía de seguros no paga, incluidos los servicios no cubiertos. Estamos obligados por contrato a cobrar su copago, coseguro o costos de servicios no cubiertos. Cualquier responsabilidad estimada del paciente será debida al momento del check-in. Todos los pacientes deben presentar comprobante de seguro. Si no proporciona la información correcta, puede ser que usted sea financieramente responsable del saldo. Se espera que nos notifique cualquier cambio en el seguro dentro de los 30 días posteriores al cambio.

Sin seguro o pago por cuenta propia

El pago se espera en el momento del servicio. Se pueden ofrecer descuentos a todos los pacientes sin seguro. Si está en estado "pendiente" con AHCCCS y su solicitud de AHCCCS es denegada, usted será responsable de pagar lo que debe. Cualquier saldo no pagado después de 90 días a partir de la fecha de servicio puede ser enviado a cobros o incumplir mi plan de pago, podría ser enviado a cobros y mi (s) hijo (s) dado de alta de la práctica. Cualquier cuota de recaudación evaluada será su responsabilidad. Si tiene preguntas sobre su plan, cobertura o beneficios, comuníquese con el administrador de su plan o comuníquese directamente con su compañía de seguros. Es su responsabilidad conocer los beneficios de su seguro.

FMLA, formularios físicos o formularios de solicitud de discapacidad

El pago de estos formularios puede ser requerido por adelantado si una visita al consultorio no lo es. Se cobrará una tarifa de \$ 75 por cada documento o solicitud, por paciente. Estos formularios pueden requerir bastante tiempo para completarlos, por lo que le pedimos que tenga paciencia para completarlos. Por favor, espere 7 días hábiles para formularios físicos o solicitudes de discapacidad, y hasta 14 días hábiles para paquetes de FMLA.

Póliza de faltas de parte de MVP Kids Care

Si no puede hacer una cita programada, háganoslo saber tan pronto como sea razonablemente posible para que podamos darle a otro niño la oportunidad de ser visto. Visita por enfermedad: llame a nuestra oficina para cancelar una cita por enfermedad al menos 3 horas antes de la hora programada para la cita. Visitas no enfermas: llame a nuestra oficina para cancelar al menos 24 horas antes de la visita programada. Visita de procedimiento: llame a nuestra oficina al menos 48 horas antes de la visita programada. Si no asistió a una cita y no nos informó con anticipación o no proporcionó una razón aceptable para no presentarse, anotaremos una nota en el registro de su (s) hijo (s) y le enviaremos una carta para notificarle que no lo hizo. No mostrar, y para recordarle esta política de No-Show.

- Si su (s) hijo (s) está cubierto por AHCCCS:

o Le enviaremos una carta para notificarle que no se presentó y le notificaremos a su plan que ha perdido más de una cita programada. Esto podría resultar en la pérdida de cobertura. Tenemos el derecho de cobrar una tarifa de \$ 50 por no presentarse a su cuenta por cualquier cita perdida. Solo se harán excepciones a esta política si el proveedor de su (s) hijo (s) está de acuerdo.

¹ A.R.S. 44.132.01

² Until 18 years of age, Arizona requires a parent's/legal guardian's written consent for an abortion.