2115 S.E Lennard Rd
Port St. Lucie, FL 34952
phone: 772-335-1812

Política de Responsabilidad Financiera del Paciente y la Familia.

Gracias por elegirnos como proveedores de atención médica para su hijo/a. Nos esforzamos por brindar la mejor atención para usted y su familia. Es importante que nuestros pacientes comprendan sus responsabilidades financieras.

Por favor, asegúrese de traer su tarjeta de seguro vigente a cada cita. En cada cita le solicitaremos su número de teléfono y dirección actuales para tener la información de contacto correcta. Para los recién nacidos, asegúrese de agregarlos a su plan de seguro principal durante los primeros 30 días de vida. La primera visita de un recién nacido a nuestra clínica generalmente se considera una visita de seguimiento hospitalario/examen de rutina. Si tiene un seguro secundario, por favor infórmenos a nosotros y a su compañía de seguros.

Reclamaciones y Pagos

Como cortesía, Tender Care Pediatrics presentará las reclamaciones a su compañía de seguros por los servicios prestados. Sin embargo, tenga en cuenta que usted es responsable financieramente de:

- Cualquier copago requerido por su plan de seguro
- Cualquier deducible anual que no haya cubierto
- Cualquier monto que su aseguradora considere su responsabilidad (Coseguro)
- Cualquier monto no cubierto por su plan de seguro
- Cualquier monto adeudado tras la cancelación de su cobertura de seguro antes de su visita

La mayoría de las aseguradoras no requieren copago para una consulta de rutina. **Sin embargo, si se aborda un problema médico agudo o crónico durante esta visita, habrá un cargo adicional que podría requerir un copago y que podría aplicarse a su deducible.**

Expectativas de pago

El pago se debe realizar al momento de recibir el servicio, a menos que se hayan hecho arreglos previos con nuestro equipo de facturación. Aceptamos cheques, VISA y MasterCard.
Si no tiene seguro o si no podemos verificar su elegibilidad para el seguro, le solicitamos que pague la visita al momento del servicio.

Citas perdidas y cancelaciones

Se aplicará un cargo por inasistencia de hasta $25 si falta a su cita sin avisar con al menos 24 horas de anticipación. Este cargo no es facturable a su seguro y se le cobrará directamente. **Este cargo no aplica a los miembros cubiertos por un plan de Medicaid.** Cualquier paciente o familia que falte a demasiadas citas será dado de baja de la clínica.

Facturación y Cobranzas
Nuestro personal de facturación enviará la factura de su cita a su compañía de seguros. Por cualquier saldo pendiente con más de 90 días de antigüedad, se le cobrarán $5 mensuales a su cuenta hasta que se liquide el saldo. Esto cubre el costo del envío de facturas y estados de cuenta adicionales. Si un cheque es devuelto por falta de fondos, se le cobrará un cargo de $25 para cubrir los costos bancarios. Si hay dos cheques devueltos, deberá pagar en efectivo o con tarjeta de crédito.

Si actualmente no cuenta con cobertura de seguro, podemos ofrecerle un descuento por pago directo en el costo de la cita si lo paga al momento de la misma. Por favor, infórmenos al llegar a su cita que actualmente no cuenta con seguro.

Si no puede pagar su saldo completo, comuníquese con nuestro departamento de facturación. Es posible que podamos establecer un plan de pago para ayudarle. Lamentablemente, si un saldo permanece impago durante un período prolongado, su cuenta será remitida a una agencia de cobranza y ya no podremos brindar atención médica a su hijo/a ni a su familia. Si su cuenta es remitida a una agencia de cobranza, se agregará un cargo del 30% del saldo a su cuenta para cubrir los costos de la agencia.
Si se declara en bancarrota e incluye a nuestra clínica como acreedora, ya no podremos brindar atención médica a su hijo/a ni a su familia.

Formularios médicos.
Los formularios de salud/vacunación solicitados durante la consulta de control son gratuitos; puede obtener copias adicionales sin costo a través de su portal del paciente. Se aplica un cargo de $5 por copias impresas adicionales de los formularios de salud/vacunación solicitadas fuera de la consulta de control.

Historial médico.
Para obtener una copia de su historial médico o el de su hijo/a, necesitaremos un formulario de autorización de divulgación de historial médico firmado. No se cobra por el envío de expedientes médicos por fax a otro consultorio médico. Las copias impresas de los expedientes médicos que se entregan al paciente tienen un costo según las normas vigentes de Florida ($1 por página para las primeras 25 páginas y $0.25 por página adicional). El pago debe realizarse al momento de la entrega. Si el paciente es mayor de 18 años, solo le entregaremos los expedientes a él, a menos que exista una autorización por escrito para compartirlos con otras personas.

Por la presente, cedo mis beneficios de seguro para que se paguen directamente a Tender Care Pediatrics. Autorizo a Tender Care Pediatrics a divulgar la información médica necesaria para procesar mis reclamaciones por los servicios recibidos. También autorizo a Tender Care Pediatrics a gestionar cualquier reclamación impaga o incorrecta.

He leído y comprendo la política financiera de la clínica y acepto regirme por sus términos. También entiendo y acepto que la clínica puede modificar dichos términos periódicamente.

Nombre del paciente (por favor, escriba en letra de imprenta): _____

Firma del padre/madre o tutor legal: _____

Fecha: _____

Efectivo: 02/15/2025