



MRN#: _____

Pediatric Health Associates Ltd.

Póliza o Política Financiera de Pediatric Health Associates, Ltd.

Nuestro personal profesional está comprometido a brindarle atención pediátrica de calidad y nuestra oficina comercial está comprometida a ayudarlo con las obligaciones financieras de su atención médica

Pediatric Health Associates cree firmemente que una buena relación médico/paciente se basa en la comprensión y la buena comunicación. Por lo tanto, hemos descrito nuestra política financiera para que los pacientes comprendan mejor el proceso de facturación y la responsabilidad en el mismo.

Pediatric Health Associates, Ltd.....

1. Presentará facturas de seguros primarios y secundarios en su nombre de manera oportuna.
2. Buscará información para procesar reclamos y responderá preguntas sobre reclamos o facturas.
3. Emitirá los estados de cuenta una vez que el seguro médico haya realizado los pagos por los servicios.
4. Aceptará pagos en efectivo, cheque y las principales tarjetas de crédito.
5. Ofrecerá planes de pago cuando sea necesario.

Su responsabilidad será:

1. Llenar nuestro formulario de información del paciente y proporcionar cualquier información de seguro que sea necesaria para procesar sus facturas.
2. Notificarnos de cualquier cambio en el estado de su seguro médico o de su compañía de seguros.
3. Pagar su copago en el momento del servicio. Si usted no puede pagar su copago antes de las 11:00pm de la fecha del servicio, es posible que se le cobre una tarifa de \$15.00 dólares.
4. Pagar cualquier saldo pendiente que su compañía de seguro no haya pagado, negado o retrasado por más de 30 días después de la fecha del servicio. Pediatric Health Associates no se involucra en asuntos financieros, legales de separación o divorcio. Por lo tanto, si el garante está atrasado en el pago de la cuenta, el saldo se transferirá a la persona que registró al menor en el momento del servicio. Si un decreto de divorcio o tal requiere que el otro padre pague todo o parte de los costos del tratamiento, es responsabilidad de la parte que se registra pagar el saldo y cobrarle al otro padre.
5. Llamar a su compañía de seguro si se le solicita, para acelerar el pago de reclamos o facturas atrasadas.
6. Llamar a su compañía de seguros cuando rechacen un reclamo que ha sido enviado. Las facturas negadas y disputadas no suspenden su requisito de pagar por los servicios prestados.
7. Ser responsable por los deducibles o gastos no cubiertos. Esto puede incluir cargos por formularios de detección que son requeridos o recomendados por la Academia Americana de Pediatría. **Los pacientes atendidos para una visita de rutina podrían incurrir en cargos adicionales por los servicios**, como asesoramiento para vacunas, intervenciones de reducción de factores de riesgo, procedimientos o cualquier problema nuevo o continuo que se trate.
8. Pagar una tarifa de \$30.00 por cheque que nos devuelva el banco por fondos insuficientes (NSF).
9. Autorizar a Pediatric Health Associates para proporcionar a su compañía de seguros cualquier información clínica que pudieran requerir.
10. Pagar por el total de la visita al consultorio en el momento del servicio si no se ha presentado una tarjeta de seguro médico vigente.
11. Informarnos de cualquier cita que necesite cambiar o cancelar. Usted podría tener un cargo de \$40.00 para citas de enfermedad o re-chequeo (control) y \$50.00 para visitas de rutina que no sean canceladas con al menos 24 horas de anticipación de dicha cita.
12. Nosotros haremos lo mejor posible para resolver los problemas con su seguro y le solicitaremos su ayuda cuando sea necesario. Su seguro médico es un contrato entre usted y su compañía de seguro. Por lo tanto, será más probable que la aseguradora cumpla con su obligación financiera cuando demore los pagos de sus facturas. Por favor recuerde que nosotros archivamos su seguro médico como cortesía. Usted es el responsable por las facturas no pagadas, no su compañía de seguro.

Yo certifico que he leído, comprendido y acepto cumplir con la política o póliza financiera de Pediatric Health Associates.

Firma de la persona responsable

Fecha

Nombre del Paciente