



Central Coast Pediatrics
www.centralcoastpediatrics.net

SAN LUIS OBISPO
1235 Osos St., Suite 100
San Luis Obispo, CA 93401
Phone: 805-549-0888
Fax: 805-549-8463

TEMPLETON
1320 Las Tablas Rd., Suite D
Templeton, CA 93465
Phone: 805-434-3796
Fax: 805-434-0134

Financial policy

Patient name: _____ Patient DOB: _____

Central Coast Pediatrics is committed to providing you with the best possible care. To achieve this goal, we require your understanding and cooperation with our payment and insurance policies.

Payment policy:

1. Payment Due at Time of Service:

- Payments are due at the time services are rendered.
- PPO/HMO patients must make co-payments at the time of service.
- Proper insurance information must be provided to verify eligibility. If eligibility cannot be verified, full payment is expected.

2. Medicaid Patients:

- Must prove eligibility for the current month at each visit.
- We cannot provide care or process referrals if your child is assigned to another provider.
- Medicaid pending status requires proof of application at the time of service, or payment is expected.

3. Non-Covered Services:

- Review your insurance plan to ensure services are covered. Full payment for non-covered services is required at the time they are received.

4. Vaccines:

- After discussion and consent with your physician, you will pay for any vaccines drawn up but not administered. This cannot be submitted to insurance and must be paid in full.

5. After Hours Access:

- CCP offers "after hours" access to experienced pediatric nurse advice specialists for urgent medical needs during evenings, nights, weekends, and holidays.
- This service incurs a \$25.00 charge each time the specialist or physician is accessed, which is not covered by insurance.
- While we believe there is tremendous medical value in this service, it is optional, and the associated charges must be paid in full.

6. Missed Appointments:

- \$50.00 charge for missed appointments not canceled 24 hours prior.
- Late arrivals (15+ minutes) for non-urgent appointments may be rescheduled and charged as a missed appointment.
- After three missed appointments, the patient may be discharged from the practice.

7. Returned Checks:

- \$25.00 fee for returned checks. Future payments via check will be disallowed for one year. Multiple occurrences may result in discharge.

8. Payment Plans:

- We understand that temporary financial problems may affect timely payment. We are happy to accommodate your needs with payment plans or alternative payment options as needed.

9. Medical debt reporting disclosure:

- A holder of this medical debt contract is prohibited by Section 1785.27 of the Civil Code from furnishing any information related to this debt to a consumer credit reporting agency. In addition to any other penalties allowed by law, if a person knowingly violates that section by furnishing information regarding this debt to a consumer credit reporting agency, the debt shall be void and unenforceable.

If you have any questions about the above information or any uncertainty regarding insurance matters, please contact our billing office at 805-549-0888, option 8. We are here to help.

Insurance Card Requirement:

You must show your current insurance card at every visit to protect you from receiving a bill due to incorrect insurance information. We will attempt to validate your insurance benefits at the time of service and alert you to any problems. If we cannot validate your coverage, we may assign your account to self-paid status and request full payment at the end of your visit.

Know Your Insurance Benefits:

Your insurance policy is a contract between you and your insurance company, even if your employer provides it. It is important to understand the specifics of your plan, including knowing what services are covered, the extent of coverage, and how much of the cost is your responsibility. You will be responsible for any portion of the services that your insurance doesn't cover or for which you have a deductible that has not yet been met. You should also know where your insurance wants you to go for lab or radiology procedures to avoid receiving a bill in urgent situations. Key components of your plan include:

- Deductibles: The amount you must pay out-of-pocket before your insurance begins to cover services.
- Copayments: A fixed amount you pay for a covered healthcare service, usually when you receive the service.
- Coinsurance: Your share of the costs of a covered healthcare service, calculated as a percentage of the allowed amount for the service.
- Coverage Limits: The services and procedures covered by your insurance plan, and the frequency of coverage (e.g., well visits).
- Out-of-Pocket Maximums: The most you have to pay for covered services in a plan year.

Newborn Enrollment:

Your insurance carrier may tell you that your child will be covered for the first 30 days. However, this means you have 30 days to enroll your child on your insurance plan to be eligible from their date of birth. If you start the enrollment process after the 30-day grace period, your child will not be eligible until the paperwork is complete, and you will be responsible for any charges incurred from birth to your insurance coverage effective date.

CenCal Health/Medi-Cal:

CenCal in San Luis Obispo and Santa Barbara County is an HMO plan that requires you to assign your child to a Primary Care Physician (PCP). The assigned PCP manages all your child's care, and any healthcare services from other providers will require a referral from your PCP. If your child is not assigned to Central

Coast Pediatrics as their PCP, we cannot provide services. In order to not be reassigned and to maintain your CenCal coverage, please read any paperwork from CenCal thoroughly and complete any required sections.

HMO Plans (Blue Cross, Blue Shield, Aetna, Cigna):

If you have a private or employer group HMO plan, you will need to assign your child to a Primary Care Physician. You will have two provider medical groups to choose from: Coastal Communities Physician Network (CCPN) and Physician's Choice Medical Group (PCMG) of SLO or Santa Maria. The assigned provider is the gatekeeper to all your child's care, and any healthcare services needed by any other source will require a referral from your PCP. If your child is not assigned to a physician at Central Coast Pediatrics, we will not be able to provide services to your child.

Combined Appointments:

If you discuss an issue during a well visit that isn't related to the well visit, a sick visit may be added to your appointment. Your insurance may require a copay for the sick visit, which we are required to charge. If an issue cannot be addressed within the time allotted for the well visit, or if you schedule an appointment for one concern but bring up a different issue, you may need to reschedule so the provider can give adequate time and attention to your concerns.

Referrals and Authorizations:

As your pediatrician, we may need to make referrals to specialists and coordinate other services for the total care of your child. Your plan may require that your pediatrician serve as a "gatekeeper" to authorize or approve certain services. Many of these referrals require an initial visit with your PCP before a referral can be issued. Without these approvals, you may have to pay for part or all of these services yourself. In order to process these referrals, we need to ensure that we have the most up-to-date insurance information on file at every visit.

If you have any questions about the above information or any uncertainty regarding insurance matters, please contact our billing office at 805-549-0888, option 8. We are here to help.

Acknowledgment:

I understand and agree to the office policies outlined above. I authorize my insurance company to pay benefits directly to Central Coast Pediatrics Inc. A copy of this authorization is valid for insurance purposes.

Signature: _____

Full name: _____

Date: _____

Patient relationship: _____

Política financiera

Central Coast Pediatrics se compromete a brindarle la mejor atención posible. Para lograr este objetivo, requerimos su comprensión y cooperación con nuestra política de pagos.

Política de pago:

1. Pago adeudado al momento del servicio:

- Los pagos vencen en el momento en que se prestan los servicios.
- Los pacientes de PPO/HMO deben realizar copagos al momento del servicio.
- Se debe proporcionar información de seguro adecuada para verificar la elegibilidad. Si no se puede verificar la elegibilidad, se espera el pago completo.

2. Pacientes de Medicaid:

- Debe demostrar la elegibilidad para el mes actual en cada visita.
- No podemos brindar atención ni procesar derivaciones si su hijo es asignado a otro proveedor.
- El estado pendiente de Medicaid requiere prueba de la solicitud en el momento del servicio o se espera el pago.

3. Servicios no cubiertos:

- Revise su plan de seguro para asegurarse de que los servicios estén cubiertos. Se requiere el pago completo de los servicios no cubiertos en el momento en que se reciben.

4. Vacunas:

- Después de consultar y dar el consentimiento a su médico, usted pagará las vacunas preparadas pero no administradas. Éste no se puede someter a seguro y debe pagarse en su totalidad.

5. Acceso fuera de horario:

- CCP ofrece acceso "fuera de horario" a enfermeros especialistas en asesoramiento pediátrico con experiencia para necesidades médicas urgentes durante las tardes, noches, fines de semana y días festivos.
- Este servicio tiene un cargo de \$25.00 cada vez que se accede al especialista o médico, el cual no está cubierto por el seguro.
- Si bien creemos que este servicio tiene un enorme valor médico, es opcional y los cargos asociados deben pagarse en su totalidad.

6. Citas perdidas:

- Cargo de \$50.00 por citas perdidas que no se cancelen 24 horas antes.
- Las llegadas tarde (más de 15 minutos) para citas que no sean urgentes se pueden reprogramar y cobrar como una cita perdida.
- Después de tres citas perdidas, el paciente puede ser dado de alta de la práctica.

7. Cheques devueltos:

- Tarifa de \$25.00 por cheques devueltos. Los pagos futuros mediante cheque no se permitirán durante un año. Múltiples ocurrencias pueden resultar en descarga.

8. Planes de pago:

- Entendemos que los problemas financieros temporales pueden afectar el pago puntual. Estaremos encantados de satisfacer sus necesidades con planes de pago o opciones de

pago alternativas según sea necesario.

9. Divulgación sobre informes de deuda médica:

- Un titular de este contrato de deuda médica tiene prohibido, por la Sección 1785.27 del Código Civil, proporcionar cualquier información relacionada con esta deuda a una agencia de informes de crédito al consumidor. Además de cualquier otra sanción permitida por la ley, si una persona viola a sabiendas esa sección al proporcionar información sobre esta deuda a una agencia de informes de crédito al consumidor, la deuda será nula e inaplicable.

Si tiene alguna pregunta sobre la información anterior o cualquier duda sobre asuntos de seguros, comuníquese con nuestra oficina de facturación al 805-549-0888, opción 8. Estamos aquí para ayudarlo.

Requisito de tarjeta de seguro:

Debe mostrar su tarjeta de seguro actual en cada visita para protegerse de recibir una factura debido a información incorrecta del seguro. Intentaremos validar los beneficios de su seguro en el momento del servicio y alertarlo sobre cualquier problema. Si no podemos validar su cobertura, podemos asignar su cuenta al estado de pago propio y solicitar el pago completo al final de su visita.

Conozca los beneficios de su seguro:

Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros, incluso si su empleador la proporciona. Es importante comprender los detalles de su plan, incluido saber qué servicios están cubiertos, el alcance de la cobertura y cuánto del costo es su responsabilidad. Usted será responsable de cualquier parte de los servicios que su seguro no cubra o para los cuales tenga un deducible que aún no se haya cumplido. También debe saber adónde quiere su seguro que vaya para procedimientos de laboratorio o radiología para evitar recibir una factura en situaciones urgentes. Los componentes clave de su plan incluyen:

- Deducibles: el monto que debe pagar de su bolsillo antes de que su seguro comience a cubrir los servicios.
- Copagos: un monto fijo que usted paga por un servicio de atención médica cubierto, generalmente cuando recibe el servicio.
- Coseguro: Su parte de los costos de un servicio de atención médica cubierto, calculado como un porcentaje del monto permitido para el servicio.
- Límites de cobertura: los servicios y procedimientos cubiertos por su plan de seguro y la frecuencia de la cobertura (por ejemplo, visitas de control).
- Máximos desembolsos directos: lo máximo que debe pagar por los servicios cubiertos en un año del plan.

Inscripción de recién nacidos:

Su compañía de seguros puede decirle que su hijo estará cubierto durante los primeros 30 días. Sin embargo, esto significa que tiene 30 días para inscribir a su hijo en su plan de seguro para que sea elegible desde su fecha de nacimiento. Si comienza el proceso de inscripción después del período de gracia de 30 días, su hijo no será elegible hasta que se complete la documentación y usted será responsable de cualquier cargo incurrido desde el nacimiento hasta la fecha de vigencia de su cobertura de seguro.

Salud CenCal/Medi-Cal:

CenCal en San Luis Obispo y el condado de Santa Bárbara es un plan HMO que requiere que usted asigne a su hijo a un médico de atención primaria (PCP). El PCP asignado administra toda la atención de su hijo y

cualquier servicio de atención médica de otros proveedores requerirá una derivación de su PCP. Si su hijo no está asignado a Central Coast Pediatrics como su PCP, no podemos brindarle servicios. Para no ser reasignado y mantener su cobertura de CenCal, lea detenidamente cualquier documentación de CenCal y complete las secciones requeridas.

Planes HMO (Blue Cross, Blue Shield, Aetna, Cigna):

Si tiene un plan HMO grupal privado o de su empleador, deberá asignar a su hijo a un médico de atención primaria. Tendrá dos grupos médicos de proveedores para elegir: Coastal Communities Physician Network (CCPN) y Physician's Choice Medical Group (PCMG) de SLO o Santa María. El proveedor asignado es el guardián de toda la atención de su hijo, y cualquier servicio de atención médica que necesite cualquier otra fuente requerirá una derivación de su PCP. Si su hijo no está asignado a un médico en Central Coast Pediatrics, no podremos brindarle servicios.

Citas combinadas:

Si discute un tema durante una visita de control que no está relacionado con la visita de control, es posible que se agregue una visita de enfermedad a su cita. Su seguro puede exigir un copago por la visita por enfermedad, que debemos cobrar. Si un problema no se puede abordar dentro del tiempo asignado para la visita de control, o si programa una cita para una inquietud pero plantea un problema diferente, es posible que deba reprogramar para que el proveedor pueda brindarle el tiempo y la atención adecuados a sus inquietudes.

Referencias y Autorizaciones:

Como su pediatra, es posible que necesitemos derivarlo a especialistas y coordinar otros servicios para la atención total de su hijo. Su plan puede requerir que su pediatra actúe como "guardián" para autorizar o aprobar ciertos servicios. Muchas de estas remisiones requieren una visita inicial con su PCP antes de que se pueda emitir una remisión. Sin estas aprobaciones, es posible que usted mismo tenga que pagar parte o la totalidad de estos servicios. Para procesar estas referencias, debemos asegurarnos de tener la información de seguro más actualizada en nuestros archivos en cada visita.

Si tiene alguna pregunta sobre la información anterior o cualquier duda sobre asuntos de seguros, comuníquese con nuestra oficina de facturación al 805-549-0888, opción 8. Estamos aquí para ayudarlo.

Reconocimiento:

entiendo y estoy de acuerdo hacia políticas de la oficina descritas anteriormente. Autorizo a mi compañía de seguros a pagar los beneficios directamente a Central Coast Pediatrics Inc. Una copia de esta autorización es válida a efectos del seguro.