



## Política financiera

Gracias por elegir The Pediatric Center. Estamos comprometidos a proporcionar atención médica de calidad. Por favor, comprenda que el pago de su factura se considera parte de su tratamiento y cuidado. Para su conveniencia, hemos desarrollado una declaración por escrito de nuestras políticas financieras. Si necesita más información sobre cualquiera de estas políticas, por favor llame a nuestro Departamento de facturación a (337) 313-1523.

**Es importante que comprendas que su cobertura de seguro médico es un acuerdo entre usted y su compañía de seguros. Factura de su médico por los servicios prestados es un acuerdo entre usted y su médico.**

1. Participamos con la mayoría pero no todas las compañías de seguros. Si no está seguro de nuestra participación con su compañía de seguros, comuníquese con nosotros para verificar nuestra participación.
2. Usted es responsable de proporcionar una copia de su tarjeta de seguro actual en cada visita para nosotros poder facturar su servicio.
3. Si participamos con su compañía de seguros, todos los servicios realizados en nuestras oficinas o en el hospital serán sometidos a ellos. A menos que recibamos una notificación previa de los servicios no cubiertos. No todos los servicios están cubiertos por el seguro o Medicaid, por lo tanto usted es responsable de estos servicios.
4. Usted es responsable por el pago de cualquier copago, coaseguro o deducible en el momento del servicio. Nuestra oficina acepta Visa y MasterCard para su conveniencia, así como dinero en efectivo o un cheque. Se podrá imponer un cargo de \$25.00 por cheques devueltos por fondos no suficientes (NSF). Después de 1 cheque devuelto, se le exigirá pagar con efectivo o tarjeta de crédito.
5. El adulto que acompaña al paciente a una visita es responsable del pago que se debe al tiempo de servicio. No estaremos involucrados en la negociación entre los padres en casos de custodia.
6. Usted es responsable de proporcionar un EOB (explicación de los beneficios) para mostrarnos el deducible que se ha cumplido. De lo contrario el pago completo se colectara en el momento del servicio.
7. Si realizamos servicios de medicina preventiva, debemos facturar un examen físico aunque se haya tratado otras condiciones medicas durante la misma visita. Muchas pólizas de seguro no cubre exámenes físicos o sólo pagará una por año. El padre es responsable de conocer las reglas de su plan de salud ya que no podremos cambiar nuestra codificación para colectar el pago de los servicios rendidos.
8. Un cargo adicional se aplica a los servicios de horas de la tarde, los fines de semana y los días festivos.
9. Nos reservamos el derecho de cobrar un cargo adicional de \$ 25.00 por las citas perdidas sin aviso. Ni Seguro ni Medicaid pagarán este cargo.
10. Si, después de pagar la cuenta e irse , nos encontramos con que hemos hecho un error y no le cobraron por un servicio, añadiremos estos cargos a su cuenta.
11. Si necesitamos facturarle por los servicios realizados durante las horas de la tarde, los días festivos, los fines de semana o citas perdidas sin aviso, nuestra oficina le enviará una declaración mensual. Cualquier saldo vencerá dentro de 30 días de la declaración. Todos los saldos que alcanzan los 90 días estará sujeto a los procedimientos de recopilación. Si su cuenta es enviada a colecciones, usted será responsable de todos los honorarios legales incurridos durante este proceso y colección. Su atención a través The Pediatric Center dará por terminado. Entendemos que problemas financieros temporales pueden afectar el pago a tiempo de su cuenta. Si surgiera estos problemas, (fines de semana o citas perdidas sin aviso.) le pedimos que se comuniquen inmediatamente para asistencia en la manejo de su cuenta.

Nombre del paciente (letra de molde) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Firma del padre/o tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_