



## **Responsabilidad del paciente / Declaración de política financiera**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### **Política de pago:**

CareVille Pediatrics P.A requiere el pago de todos los saldos de pacientes responsables conocidos al momento del servicio. Estos saldos pueden incluir, entre otros, copagos, deducibles o coseguros (montos según lo estipulado en el contrato de cobertura de beneficios con su compañía de seguros). cualquier monto adeudado por fechas de servicio anteriores, o importes en los que pueda incurrir durante su visita actual. CareVille Pediatrics P.A acepta efectivo, cheques, Visa, MasterCard y American Express como formas de pago para su conveniencia. Si su cheque se devuelve a CareVille Pediatrics P.A para fondos insurgentes, se aplicará un cargo por cheque devuelto de treinta dólares (\$ 30.00) a su saldo pendiente. \_\_\_\_\_ (inicial)

### **Póliza de seguros**

Le solicitaremos una copia de su tarjeta de seguro y licencia de conducir al momento de su llegada. CareVille Pediatrics P.A le facturará a su compañía de seguros por cortesía, pero este servicio de facturación no descarta su responsabilidad financiera por los servicios recibidos. Cualquier deducible, coseguro o servicios no cubiertos, incluida la no elegibilidad, son su responsabilidad. Por favor, comprenda que su póliza de seguro es un contrato entre usted, su empleador y su compañía de seguros. Fuera de la oficina no entrará en una disputa con su compañía de seguros sobre las limitaciones o problemas de la póliza si CareVille Pediatrics P.A no se contrata con su proveedor de seguros, CareVille Pediatrics P.A como cortesía, presentará reclamos a su proveedor; cualquier deducible, coseguro o servicios no cubiertos, incluida la no elegibilidad, son su responsabilidad. Careville Pediatrics P.A enviará los estados de cuenta mensuales y se comunicará con usted para cobrar los saldos pendientes. Informe a nuestro personal inmediatamente de cualquier cambio de seguro \_\_\_\_\_ (inicial)

### **Política de servicio no cubierto:**

Ciertos servicios realizados por nuestra oficina, para beneficio de su hijo, NO PUEDEN SER CUBIERTOS por su (s) plan (es) de seguro. Le sugerimos que se comunique con su compañía de seguros para verificar sus beneficios y entender cualquier servicio no cubierto, ya que estos serán su responsabilidad financiera. \_\_\_\_\_ (inicial)

### **Política de cuentas morosas Ciertos**

Las cuentas morosas serán reportadas a nuestro departamento de cobros si un reclamo no se paga después de 90 días a partir de la fecha del servicio después de CareVille Pediatrics P.A, procedimientos normales de cobranza para resolver cualquier saldo pendiente. Informe a nuestro personal si sabe que su pago tardará en llegar o si requiere arreglos de pago. Cualquier saldo de más de 120 días se enviará a una agencia de cobranza a menos que se hayan hecho arreglos antes de la fecha de vencimiento. \_\_\_\_\_ (inicial)

### **Legada Tardías:**

Con el fin de mantener un flujo constante para ver a nuestro paciente de manera oportuna, se requiere su ayuda para llegar rápidamente a su cita. Si llega más de 15 minutos tarde, nuestro personal reprogramará su solicitud para una nueva fecha y hora. Entendemos que su tiempo es valioso y haremos nuestro mejor esfuerzo para respetar su tiempo y verlo lo antes posible. Tenga en cuenta que a veces ciertas situaciones y emergencias pueden ocurrir y hacer que su proveedor llegue tarde. Por favor sea paciente en estas circunstancias. \_\_\_\_\_ (inicial)

### **Registros Médicos:**

Si solicita una copia de sus registros Médicos o estados financieros, permita que nuestra oficina se complete entre 3 y 5 días hábiles. El cargo por este servicio es de cinco (\$ 25.00) paginas 1-5 y un dólar (\$ 1.00) por cada página adicional. \_\_\_\_\_ (inicial)

### **Formas Políticas:**

Si solicita a nuestra oficina que complete formularios en nombre de su hijo, como registros de vacunas, formularios de discapacidad, guardería, etc., se le cobrará un cargo de (\$ 5.00) por formulario. Se espera el pago de este cargo al momento de la finalización. \_\_\_\_\_(inicial)

**Horario De oficina/Política de horas después:**

Nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., tenemos un servicio de contestador disponible fuera del horario de atención que se comunicará con el médico de guardia esa noche. Si llama durante este tiempo, su número será enviado a ese médico. Su llamada será devuelta dentro de los 15 minutos. Si su llamada es una emergencia, marque 911. \_\_\_\_\_(inicial)

**Reabastecimientos de recetas:**

Si necesita recargas, comuníquese primero con su farmacia para notificarles lo que necesita. Notifique a la farmacia de su hijo al menos 1-2 días antes de que su hijo complete su medicamento. Reabastecimiento de recetas en sustancias controladas, es decir, AGREGAR, ADHD requiere medicamentos con 7 días de anticipación para el personal de nuestra oficina. Si no recoge su receta en el tiempo permitido, se aplicará un cargo de cinco (\$ 5.00) por el reemplazo de la receta. \_\_\_\_\_(inicial)

**Citas/Cancelaciones/No Shows/Reprograma:**

Un padre o tutor legal debe acompañar a todos los pacientes menores. Los padres que no se presenten a una cita con frecuencia sin avisar con 24 horas de anticipación, pueden ser despedidos de nuestra práctica. Sin embargo, entendemos que pueden surgir circunstancias inusuales, comuníquese con nuestra oficina lo antes posible. \_\_\_\_\_(inicial)

**Referencias y autorizaciones**

Si la compañía de seguros de su hijo requiere una referencia, se le pedirá que obtenga la referencia antes de su cita. Si no existe una referencia en el archivo o su referencia no ha sido recibida, su cita puede ser cancelada. Le sugerimos que se comunique con su compañía de seguros para verificar su cobertura, beneficios y requisitos de autorización previa antes de realizar cualquier procedimiento. Las reclamaciones se pagan según la necesidad médica. Tenga en cuenta que la autorización y las referencias no son una garantía de pago por parte de su compañía de seguros y siguen siendo su responsabilidad. \_\_\_\_\_(inicial)

Al firmar abajo, declaro que soy el padre/ tutor del niño mencionado anteriormente. He leído y entendido todas las políticas de la oficina y tomar plena responsabilidad por todas las obligaciones médicas y financieras de mi hijo.

Nombre del Paciente Impreso: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Padre/Garante Nombre Impreso: \_\_\_\_\_ Padre/Firma del Garante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

