



POLÍTICA FINANCIERA DEL PACIENTE

Gracias por elegir a Boston Children's Health Physicians, LLP para ser el proveedor de atención médica (de su hijo o hija menor de edad). Puede estar seguro que la atención de salud de su hijo o hija menor de edad es de suma importancia para nosotros.

Gracias por dedicar el tiempo necesario para revisar nuestras políticas. Es importante que usted entienda claramente nuestra política financiera para su relación profesional con nosotros. No dude en hacer cualquier pregunta o mencionar cualquier preocupación especial que pudiera tener.

Copagos (Pagos complementarios)

Es necesario que cobremos el copago en el momento de la consulta. Se aplicará un sobrecargo de \$15 a su saldo si no paga el copago completo en el momento de su consulta. BCHP acepta pagos en efectivo, con cheque o tarjeta de crédito.

Algunos planes de seguros médico cobran copagos múltiples por servicios prestados el mismo día. Si se le presta alguno de esos servicios se le puede enviar una factura de cobro para los copagos adicionales después de la consulta.

Si no se presenta a la cita/Política por cancelación tardía

Un sobrecargo de \$50 será aplicado a su cuenta médica, si usted o sus dependientes no llegan a su cita médica o si no cancela su cita antes de 24 horas. Si usted necesita más información sobre esta póliza de cancelación de citas, por favor de consultar con su consultorio médico.

Seguro

Solicitamos una copia de su tarjeta del seguro médico (o la de su dependiente) para nuestros archivos. Haga el favor de informarnos también sobre cualquier cambio en su cobertura de seguro médico.

Planes Participantes

El BCHP participa en la mayoría de los planes de seguro médico. Es necesario que usted nos suministre toda la información incluyendo el seguro médico primario y secundario para emitir la factura correcta a su compañía de seguros. Comuníquese con nosotros también si ha habido algún cambio con respecto a la información de su seguro médico. La falta de información completa sobre el seguro médico podría resultar en que el paciente sea enteramente responsable por el pago de la factura. La compañía de seguros es la que toma la determinación final con respecto a su elegibilidad y beneficios. Es usted el responsable por el pago de cualesquiera coaseguros, deducibles o servicios que no sean pagados por su seguro médico.

Planes No Participantes

En el dado caso de que nosotros estemos fuera de la red de su plan de seguro médico y la compañía de seguros le pague a usted directamente, usted deberá pagar en el momento de su cita médica a menos que haya hecho algún otro arreglo con anterioridad

Remisiones

Si su compañía de seguros requiere que usted obtenga una remisión antes de su consulta médica, es su responsabilidad obtenerla y deberá traerla consigo en el momento de la cita. Si usted no obtiene la remisión a tiempo para que la compañía de seguros cubra la consulta médica, es necesario que usted firme una renuncia financiera responsabilizándose por el pago.

Pago Por Cuenta Propia

Usted deberá pagar por la cita médica en el momento en que se le atienda a menos que haya hecho algún otro arreglo previo con el gerente de la oficina del consultorio médico.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE



Boston Children's Health Physicians

Until every child is wellSM

formerly CWPW

Entiendo que asumo la responsabilidad completa por el pago de los servicios prestados por Boston Children's Health Physicians, LLP. Entiendo que soy responsable por el pago puntual de cualquier porción de los cargos que la compañía de seguros no cubra. Entiendo que tengo que hacer el copago en el momento de mi llegada al consultorio y si no lo hago habrá un sobrecargo adicional de \$15 a mi cuenta además del cargo por copago aplicable.

Autorizo a BCHP para que revele información a Medicare o a las otras compañías de seguros responsables por el pago de la atención médica prestada a mi o a mis dependientes. Solicito que el pago autorizado de beneficios de Medicare/otras compañías de seguros me sea hecho a mi o sea hecho a BCHP en mi nombre por los servicios prestados.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Firma del padre o la persona autorizada
persona autorizada

Nombre en imprenta del padre o la

Fecha