

SKAGIT PEDIATRICS, LLP POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegir a Skagit Pediatrics como el proveedor de atención médica de su hijo. Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención posible y nos complace discutir nuestros honorarios profesionales con usted en cualquier momento. Su clara comprensión de nuestra Política financiera es importante para nuestra relación profesional. No se permite el cuidado del paciente sin el consentimiento por escrito del recibo y reconocimiento de la comprensión de esta política.

Registro de pacientes: Todos los pacientes deben completar nuestro "Formulario de registro de pacientes" antes de ver al médico o enfermero practicante. Esto debe actualizarse anualmente. _____ (inicial)

Pagos: EL PAGO COMPLETO SE DEBE EN EL MOMENTO DEL SERVICIO. Esto incluye copagos, coseguros y pagos correspondientes por servicios no cubiertos o denegados por la compañía de seguros. ES SU RESPONSABILIDAD PAGAR SU COPIA EN EL MOMENTO DE CADA VISITA. Se cobrará una tarifa de servicio de \$ 10.00 a su cuenta, además de su copago, por cada copago no pagado en el momento del servicio. Skagit Pediatrics, LLP acepta efectivo, cheques personales, tarjetas de débito, Visa, MC y American Express. _____ (inicial)

Tarjeta de crédito registrada para seguro con copagos / coseguro / deducibles: Skagit Pediatrics, LLP requiere mantener su tarjeta de crédito / débito registrada como un método conveniente de pago para la parte de los servicios que su seguro no cubre, pero por los que usted es responsable. Se le facturará el saldo adeudado en su cuenta. Tendrá hasta 30 días a partir de la fecha del estado de cuenta para disputar el saldo de su cuenta u organizar el pago. Después de 30 días, si no se ha pagado el saldo, se cargará automáticamente a su tarjeta de crédito / débito. _____ (inicial)

Cuentas de pago propio: si no tiene seguro, venga preparado para pagar su visita en su totalidad al finalizar la compra. Ofrecemos un 10% de descuento para todos los servicios de pago por cuenta propia pagados en su totalidad el día del servicio. _____ (inicial)

Cargos por cita perdida / cancelación tardía / reprogramación tardía: habrá un cargo de \$ 25.00 por todas las citas perdidas y por citas canceladas o reprogramadas menos de cuatro (4) horas antes de la hora de la cita (a partir del 15 de julio de 2009). EL FALLO REPETIDO DE CUMPLIR LAS CITAS PROGRAMADAS puede resultar en el despido de toda la familia de nuestra clínica. _____ (inicial)

Hijos de padres divorciados / separados: El padre que trae al niño a la cita debe pagar el servicio. No es nuestra responsabilidad mediar en las disputas de pago descritas en su sentencia de divorcio. _____ (inicial)

Planes de pago: los planes de pago se aprueban caso por caso y se pueden discutir con nuestro equipo de facturación. No realizar los pagos programados en el plan de pago, o no liquidar el saldo en su totalidad, puede resultar en que su cuenta sea entregada a una agencia de cobranza y que su familia sea despedida de la práctica. _____ (inicial)

CUENTAS MOROSAS: Las cuentas que exceden los 30 días se consideran atrasadas. Todas las cuentas en mora de pago después de 90 días serán referidas a una AGENCIA DE COBROS externa. Cualquier cuenta remitida a cobranza o declaración de quiebra puede resultar en el despido de toda la familia de nuestra clínica. _____ (inicial)

CHEQUES DEVUELTOS: Se cobrará una tarifa de \$ 25 por cualquier cheque devuelto por fondos insuficientes. _____ (inicial)

SEGURO: Skagit Pediatrics, LLP tiene contrato con muchos planes PPO y HMO. Comuníquese con su compañía de seguros para verificar que figuramos como proveedores contratados antes de programar una cita. Facturamos su seguro como cortesía. Se debe proporcionar información completa y precisa del seguro al momento del servicio. POR FAVOR LLEVE UNA COPIA DE SU TARJETA (S) DE SEGURO A CADA VISITA. El seguro es un contrato ENTRE USTED Y SU COMPAÑÍA DE SEGUROS, y USTED es responsable del pago y de resolver cualquier disputa sobre seguros. Si tenemos un contrato con su seguro, gestionaremos sus reclamaciones de acuerdo con nuestro contrato. No nos involucramos en disputas entre usted y su compañía de seguros con respecto a deducibles, copagos, cargos cubiertos, seguro secundario, cargos "usuales y habituales", etc., excepto para proporcionar información objetiva. Si NO tenemos un contrato con su compañía de seguros, le facturaremos a su seguro una sola vez como cortesía. Si su seguro no contratado no ha pagado el SALDO COMPLETO dentro de los 60 días, se espera que pague el saldo adeudado. **USTED ES RESPONSABLE DEL PAGO OPORTUNO DE SU CUENTA.** _____ (inicial)

HE LEÍDO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE LA POLÍTICA FINANCIERA DE SKAGIT PEDIATRICS, LLP.

Firma, parte responsable

Nombre del paciente/Fecha de nacimiento

Escriba en letra de imprenta

Fecha

Relación con la paciente/ le paciente