



Torneria Pediatrics LLC
206 W. Oak St., Suite A-1
Kissimmee, FL, 34741
(407) 483-8880
www.torneriapediatrics.com

POLIZA FINANCIERA

Gracias por escogernos como su proveedor de salud. Nuestra misión es dar cuidado de la mejor calidad a sus hijos. La siguiente información es nuestra POLIZA FINANCIERA y antes de darle algún servicio, le pedimos que por favor la lea y firme para manifestar que entiende cómo funciona nuestra clínica. Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a nuestra oficina.

Nuestra oficina:

1. Pedirá a su seguro primario que pague su visita médica.
2. Le dará un estado de cuenta una vez que el seguro haya pagado por servicios.
3. No acepta pagos en efectivo. Sí acepta la mayoría de tarjetas de crédito.
4. Establecerá planes de pago cuando sea necesario.
5. Ayudará a resolver problemas de pagos diligentemente por 60 días.
6. Citas médicas en horas después de oficina, fin de semana o festivos tienen un mayor costo.

Sus responsabilidades son:

1. Completar nuestra forma de registración y proveer la información del seguro necesaria para procesar su visita.
2. Notificarnos de cualquier cambio en el status de su seguro médico y cualquier cambio de dirección o teléfono.
3. Pagar su copago al momento de la visita.
4. Pagar cualquier balance que no haya sido pagado o que haya sido negado o demorado por su compañía de seguro 60 días después de la visita.
5. Llamar a su compañía de seguros cuando un pago ha sido negado. Pagos negados o disputados no suspenden su responsabilidad de pagar por servicios proveídos.
6. Ser responsable por deducibles o gastos no cubiertos. Esto puede incluir cargos por formas o pruebas sugeridas por la Academia de Pediatría o que son requeridas por Ley.
7. Autorizar a Torneria Pediatrics LLC en proveer a su compañía de seguro cualquier información, clínica o financiera, que puedan requerir.



Torneria Pediatrics LLC
206 W. Oak St., Suite A-1
Kissimmee, FL, 34741
(407) 483-8880
www.torneriapediatrics.com

POLIZA FINANCIERA (cont.)

8. Pagar por completo la visita y cualquier procedimiento al momento de servicio si no hay seguro médico en los records.
9. Informarnos si necesita reprogramar o cancelar cualquier visita. Usted sera responsable por una multa de \$25.00 si no se presenta a su cita

NOMBRE DEL PADRE/MADRE/ENCARGADO DEL PACIENTE

FIRMA DEL PADRE/MADRE/ENCARGADO DEL PACIENTE

FECHA