



Fecha: \_\_\_\_\_

## **POLIZA FINANCIERA**

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

Nuestra oficina:

1. Pedir a su seguro primario que pague su visita medica.
2. Le dara un estado de cuenta una vez que el seguro haya pagado por servicios.
3. No acepta pagos en cheques. Si acepta la mayoría de tarjetas de credito.
4. Establecera planes de pago cuando sea necesario.
5. Ayudara a resolver problemas de pagos diligentemente por 60 dias.
6. Citas medicas en horas despues de oficina, fin de semana o festivos tienen un mayor costo.

Sus responsabilidades son:

1. Completar nuestra forma de registracion y proveer la informacion del seguro necesaria para procesar su visita.
2. Notificarnos de cualquier cambio en el status de su seguro medico y cualquier cambio de direccion o telefono.
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 compania de seguro 60 dias despues de la visita.
5. Llamar a su compania de seguros cuando un pago ha sido negado. Pagos negados o disputados no suspenden su responsabilidad de pagar por servicios proveidos.
6. Ser responsable por deducibles o gastos no cubiertos. Esto puede incluir cargos por formas o pruebas sugeridas por la Academia de Pediatria o que son requeridas por Ley.
7. Autorizar a Torneria Pediatrics LLC en proveer a su compania de seguro cualquier informacion, clinica o financier, que puedan requerir.
8. Pagar por completo la visita y cualquier procedimiento al momento de servicio si no hay seguro medico 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.



### **POLIZA FINANCIERA (cont.)**

- Si tiene un Seguro medico atravez del Medicaid ( como por ejemplo: Staywell, Sunshine, etc.), es su responsabilidad llamar a su plan de seguro y asignarnos como medico primario. De lo contrario, se le pedira que lo haga antes de ver al paciente en el dia de su visita y correra el riesgo de no poder atenderlo.
- Si usted tiene 2 planes de Seguro, siempre el Seguro atravez del Medicaid es el secundario; el responsable de pagar la visita es el primario (privado) y si no lo aceptamos, tendra que pagar la visita en efectivo.

Nombre del padre/madre/encargado del paciente \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/encargado del paciente \_\_\_\_\_

Fecha de hoy \_\_\_\_\_