

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Historia Médica #: \_\_\_\_\_

## POLIZA FINANCIERA

Gracias por elegir a Starlight Pediatrics PLLC. Estamos comprometidos a brindarle atención médica de calidad y a construir una relación duradera con Usted. Como parte de esta relación, deseamos establecer nuestras expectativas de su responsabilidad financiera.

**Garante:** Todos los pacientes mayores de 18 años tienen la responsabilidad financiera, con la excepción de los adultos discapacitados con un tutor legal. En tales casos, la responsabilidad financiera recae en el tutor legal. El adulto acompañante de un menor de 17 años o menos es financieramente responsable de los servicios prestados al menor. No somos parte de su orden de manutención de menores ni de su sentencia de divorcio.

**Pacientes Sin Cobertura de Seguro:** Los pacientes sin cobertura de seguro deberán pagar todos los servicios en el momento en que se presten. Ofrecemos una tarifa con descuento para pacientes que pagan por cuenta propia. También ofrecemos un plan de pago para pacientes que califiquen.

**Cobro de Seguros:** Su póliza de seguro médico es un contrato entre Usted y su compañía de seguros. Como cortesía, le facturaremos a su compañía de seguro médico por los servicios que brindamos. Seremos diligentes para asegurarnos de que su seguro se presente con precisión y rapidez. Siempre le pediremos información de contacto, datos demográficos y seguros actualizados en su cita. Asegúrese de proporcionarnos la información y la tarjeta de seguro más actualizadas. La información desactualizada provocará retrasos en el procesamiento de su reclamo y puede ocasionarle gastos de bolsillo. Si no puede proporcionar la información actual del seguro o no podemos verificar la cobertura a través de su compañía de seguros en el momento del servicio, usted será responsable del pago antes de que se presten los servicios. Si su compañía de seguros paga por esos servicios, con gusto le reembolsaremos su pago. Haremos todo lo posible para informarle con anticipación qué cargos potenciales pueda tener que no están cubiertos por su seguro, pero estos cargos pueden cambiar después de que se haya procesado su reclamo. **Usted es responsable de conocer y comprender los beneficios y la cobertura de su seguro.**

**Copagos, Saldos Pendientes y Tarifas:** Todos los copagos, saldos pendientes y tarifas por servicios no pagados por su póliza de seguro son su responsabilidad y deben pagarse en el momento en que se prestan los servicios. El pago de cualquier tarifa no cobrada en el momento del servicio deberá ser cancelado dentro de 30 días. Cualquier saldo vencido no pagado se entregará a una agencia de cobranza después de 120 días. Entiendo que si no hago el pago a la fecha de vencimiento y mi cuenta se vuelve morosa o es entregada a una agencia de cobranza o abogado para cobrar, yo, el abajo firmante, pagaré todos los honorarios de la agencia de cobranza, los costos judiciales y los honorarios del abogado, y el paciente podrá ser retirado de la práctica.

**Exámenes Físicos:** Nuestros proveedores están disponibles para discutir y/o brindar cualquiera de los servicios que no estén cubiertos por su plan médico durante su examen físico. Sin embargo, tenga en cuenta que si su plan de atención médica no permite o no cubre este servicio adicional el día de su examen físico, Usted será responsable de cualquier cargo relacionado con ese servicio adicional.

**Póliza de no presentación/cancelación:** Las citas perdidas representan un costo para nosotros y para otros pacientes que podrían haber sido

acomodados. Las citas perdidas o no canceladas al menos 24 horas antes de la hora de la cita tendrán un costo de \$50. Las tarifas de no presentación / cancelación no están cubiertas por el seguro y son su responsabilidad. Esta tarifa deberá pagarse en su totalidad antes de que se le permita programar otra cita. Cuatro (4) ausencias o cancelaciones tardías dentro de un (1) año se consideran excesivas y el paciente será retirado de la práctica.

**Cargo por Formas:** Nuestros proveedores pueden ayudarlo a completar formas el mismo día de la cita. Las solicitudes para completar formas 2 meses después del examen físico anual (formas de la escuela / guardería, formas de discapacidad, formas para deportes medicamentos necesarios para la escuela, entre otros) tienen un costo de \$10. Esta tarifa no está cubierta por el seguro. Se espera el pago antes de que se entreguen los formas.

**Registros Médicos:** La solicitud de registros médicos tendrá un costo de \$20. Esta cantidad es para cubrir los costos incurridos en la búsqueda, manejo, copia y envío de registros médicos al paciente o al representante designado del paciente.

**Pagos Vencidos:** Si tiene dificultades financieras o no puede pagar su factura en su totalidad, comuníquese con nuestro gerente de la oficina para analizar las opciones de pago. Los pacientes con un saldo pendiente o que no hayan realizado un pago, no podrán programar una cita hasta que se hayan hecho arreglos de pago con nuestro departamento de facturación. Los saldos que queden sin pagar después de noventa (90) días se enviarán a cobranzas. El paciente será retirado de la práctica y ya no podremos brindarle servicios.

**Cheques Devueltos:** Se cobrará una tarifa de \$25 por todos los cheques devueltos. Además, ya no podremos aceptar cheques de Usted ni de ningún miembro de su familia.

**Planes con Deducible Alto:** En el caso de que el paciente tenga un plan de seguro con deducible alto, el paciente / familia es responsable de cumplir con el deducible anual antes de que la compañía de seguros cubra los gastos médicos. Si tiene un plan con deducible alto, se le pedirá que pague el costo de la cita por adelantado. Si no desea realizar el pago por adelantado, le solicitamos que nos proporcione una tarjeta de crédito válida para que podamos cobrar el monto del deducible después de que se procese el reclamo.

**Accidentes automovilísticos:** Si el motivo de su visita es un accidente automovilístico, tenga en cuenta que estaremos dispuesto de brindarle tratamiento, pero solo pagando por usted mismo. Starlight Pediatrics, PLLC. le proporcionará un recibo detallado cuando lo solicite en caso de que decida presentarlo personalmente a su compañía de seguros.

**Transferencia de Atención:** Cuando transfiera la atención a otro proveedor, le solicitaremos que cancele los saldos adeudados.

Starlight Pediatrics PLLC se reserva el derecho de retirar a cualquier paciente de esta práctica que constantemente no cumpla con esta política o que se niegue a firmar este acuerdo. Al firmar a continuación, comprendo y acepto los términos de la política financiera de esta oficina.

Nombre del Padre/Madre/Representante Legal: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_