

# PARTNERS IN HEALTH PEDIATRICS

## Clausula Financiera

Por favor lea completamente antes de firmar

Gracias por escogernos como su Proveedor de Cuidado Primario en Salud. Nosotros estamos comprometidos para que el tratamiento del paciente sea exitoso. El pago de su bill es considerado parte de el tratamiento del paciente. Todos los Pacientes/Padres/ Guardianes deben completar todas formas del Nuevo paciente con la informacion necesaria antes de ver al Doctor.

### CUBRIMIENTO DE SU SEGURO MEDICO

Su poliza de seguro medico o aseguranza es un contrato entre usted y su compañía de seguros, de la cual nosotros no somos parte. Nosotros aceptamos la mayoría de Seguros de Salud sin embargo en el evento de que no, nosotros requerimos que usted pague por los servicios medicos prestados a usted o a sus dependientes. Nosotros enviaremos un bill a su aseguranza; sin embargo el balance es su responsabilidad, si su aseguranza no cubre algunos o todos los servicios ofrecidos . Por favor tenga en cuenta que talves algunos o todos los servicios proveidos pueda que no sean cubiertos y no considerados razonables y necesarios bajo su poliza de seguros. Si su Aseguranza no paga por los servicios proveidos este balance sera transferido a usted y sera su responsabilidad.

**Todos los Co-Pagos/ Deducibles deben pagarse al tiempo que los servicios son ofrecidos. Si usted no esta preparado para pagar la cantidad requerida, por favor informenos antes de ver al proveedor de salud. Recuerde que cualquier cantidad que deba, o que este vencida es su responsabilidad, aun si no ha recibido una cuenta de cobro de nuestra oficina.**

Si nosotros somos un proveedor participante para su compania de seguros y su poliza require que usted haga un copago y/o un deducible; como proveedor de la red nosotros estamos obligados a recoger el copago y/o los deducibles de usted, como estar resaltado en la poliza como parte de nuestro contrato con la compania de seguros. Si el cubrimineto de su compania cambia a un plan donde nosotros no somos un proveedor participante, el paragrafo anterior aplicara a usted. Es su responsabilidad notificarnos inmediatamente de cualquier cambio en los demograficos y en su aseguranza. Cualquier balance atrasado sera su responsabilidad.

### TARIFAS NORMALES Y HABITUALES

Nuestra Clinica esta comprometida en proveer el mejor tratamiento para nuestros pacientes, y cobramos lo que es habitual para el area. Usted es responsable por el pago si su compania de seguros niega o asigna todos los cargos la responsabilidad del paciente. **Estoy de acuerdo en pagar todos los cargos y tarifas mostrados en los recibos de cobro, de una manera rapida y efectiva a menos que algun acuerdo de credito se haya pactado por escrito con la clinica. Los siguientes cargos y tarifas aplican:** \$ 50.00 si no se presenta a la cita medica o si no cancela la cita antes de 24 horas del tiempo de la cita. \$15.00 recargo por recibos de cobro con 90 dias de retraso. \$35.00por cheques devueltos. \$25.00 tramite de referidos a especialista ( menos de 24 horas de aviso). \$25.00 por registros medicos o cualquier otro tipo de documentacion requerida. Nosotros preferimos dinero en efectivo, pero cheques personales, targetas debito y credito son aceptadas (VISA/MASTER). Siempre pida su recibo como prueba de su pago.

**Mi firma demuestra que he leído, entendido, y aceptado esta poliza financiera y que aplica a mi y a mis dependientes.**

FIRMA DEL PACIENTE/ PADRE/ GUARDIAN/ GUARANTOR

FECHA