**POLIZA FINANCIERA**

Su salud es extremamente importante para nosotros. Estamos dedicados a proveerle la mejor calidad de cuidado médico posible en una manera rentable. Estamos dispuestos a discutir alguna pregunta que usted tenga acerca de su cuenta financiera.

**PAGO A LA HORA DE SERVICIO**

* Su pago (co-pagos, coseguro, y deducibles, etc.) completo se debe a la hora de servicio. Si usted no tiene seguro, por favor venga preparado para pagar su cita en completo.
* Como una cortesía hacia nuestros pacientes, aceptamos dinero en efectivo, *Visa, MasterCard, American Express, money order, y cheques personales*.
* No aceptamos cheques más de $20.
* Fallo en pagar su cuenta puede resultar en despido del consultorio.

**DEJENOS SABER DE CUALQUIER CAMBIO**

* Traiga su tarjeta de seguro más vigente a cada cita médica.
* Por favor déjenos saber de cualquier cambio en su seguro médico, dirección, número de teléfono, farmacia preferida, etc.
* Si el seguro médico que usted indica es incorrecto, usted es responsable por su balance.

**MEDICAID**

* Si usted tiene Medicaid y no indica que también está cubierto por otro seguro médico, Medicaid rehusará pagar por servicios. En este caso, usted es responsable por la visita(s).
* Si su hijo/a esta cubierto por cualquier otro seguro médico, por ley federal, esa póliza es considerada la póliza primaria y tiene que ser cobrada antes de cobrar a Medicaid. Medicaid es considerado seguro secundario y solo será cobrado después que su seguro primario haya procesado el cobro.

**SEGURO SECUNDARIO** *Seguro adicional que puede cubrir algunos cargos no cubiertos por seguro primario*

* “Regla de Cumpleaños” – En casos cuando un menor de edad está cubierto por dos pólizas privadas, la póliza del padre o guardián cual cumple años primero en el calendario de cada año es indicado el seguro primario, de acuerdo a la Asociación Nacional de Comisionados de Seguro.

**COBROS \****No se aplica a Medicaid*

* Si su cheque es regresado por fondos insuficientes, usted es responsable por cargos de cheques regresados.
* Habrá un cobro de $35 por cada cheque regresado.
* Si usted no se ha presentado 15 minutos después del tiempo de su cita, su cita será marcada *No Presentó*. Fallo en llegar a tiempo de su cita resultara en un cargo de $25.\*
* Se requieren 24 horas de aviso para cancelar o cambiar su cita. Fallar en dar 24 horas de aviso resultara in un cargo de $25.\*
* Todos co-pagos se deben a la hora de servicio. Un cargo adicional de $10 será aplicado a co-pagos no recibidos a la hora de servicio. Si el co-pago es recibido por nuestra oficina antes de 5 pm en el día de servicio, el cargo de $10 no será aplicado.
* Habrá un cargo de $5 por cada formulario escolar u otro formulario similar. Habrá un cargo de $15 para copias de historiales medicos.\*
* Se requieren 2 días de negocio para completar formularios. Se requieren 2 semanas por copias de historiales médicos.

**PACIENTES MENORES DE EDAD**

* Para cumplir con reglamentos de privacidad, no podemos discutir detalles de servicios proveídos ni cuentas detalladas con partes que no son el paciente u otro adulto autorizado.
* Padres/guardianes legales son responsables por pago de servicios proveídos al paciente menor de edad.

**COLECCIONES Y CUENTAS PENDIENTES**

* Cualquier cuenta pendiente más de 60 días del día de servicio podrá ser referida a una agencia de colecciones externa. Cuentas referidas a una agencia de colecciones podrán ser sujetas a un cargo de 25% añadido a la cuenta original.

**PLAN DE PAGOS**

* Estamos dispuestos a colaborar con usted para coordinar pagos hacia cualquier cuenta que usted tenga con nuestra oficina.
* Por favor contactar nuestro departamento de facturación para coordinar un plan de pagos.
* Por favor dar 7 días de negocio para que su pago enviado por correo sea recibido y aplicado a su cuenta.

Firma de Padre/Guardián \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de Padre/Guardián \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_