

Western Wake Pediatrics, PA Política Financiera del Paciente

Western Wake Pediatrics entiende que el costo de cuidado médico es una de las preocupaciones claves para nuestros pacientes. A pesar de que el cuidado del paciente es nuestra principal prioridad, esperamos que pueda asistirnos al entender su responsabilidad ya que esta se relaciona con nuestra política financiera. Si tiene preguntas relacionadas con nuestra política, un representante de nuestra plantilla con gusto lo asistirá.

POLÍTICA FINANCIERA DEL PACIENTE

Gracias por escoger Western Wake Pediatrics como su proveedor de cuidado de la salud. Estamos comprometidos a que su tratamiento sea un éxito. Por favor comprenda que el pago de su cuenta esta considerado como parte de su tratamiento. La siguiente es una declaración de nuestra política financiera:

EL PAGO COMPLETO DE LAS OBLIGACIONES DEL PACIENTE SE DEBE HACER AL MOMENTO DE PRESTAR EL SERVICIO

Aceptamos: Efectivo, Cheques y Tarjetas de Crédito.

SOBRE ASEGURANZA

Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su aseguradora. Nosotros no somos parte de ese contrato. En el evento de que nosotros aceptáramos la asignación de los beneficios, por favor esté consciente de que algunos y quizás todos los servicios proporcionados tal vez no sean servicios cubiertos dentro de su plan y usted será responsable al 100% por dichos cargos. Es su responsabilidad:

- Asegurar que nuestros proveedores participen activamente con su aseguradora.
- Conocer la cobertura de sus beneficios, tal como de sus dependientes, antes de recibir el servicio.
- Asegurar que todos los requisitos pre-aprobatorios sean cumplidos para evitar negativas o beneficios fuera de su cobertura.

Por favor recuerde que nosotros debemos recibir la información sobre su pago en cada visita para poder alcanzar los reglamentos y las demandas establecidos por su plan de seguro. Si ya sea el proveedor o el plan no recibe la información precisa para procesar su reclamación, usted será encontrado responsable.

Respecto a los Planes de Seguro donde nosotros somos uno de los proveedores participantes, todos los pagos secundarios y deducibles deberán ser cubiertos al empezar el tratamiento. En el evento de que la cobertura de su seguro se relacione con un plan del cual no somos un proveedor participante, usted será 100% responsable por todos los cargos provocados. Para resumir, su responsabilidad financiera se mantiene a:

- Servicios fuera de cobertura o Negados.
- Servicios estimados que no sean necesarios por su compañía de seguros.
- Pagos secundarios, deducibles o de aseguranza.
- Reclamos pendientes debido a la falta de paciencia o de información del responsable.
- No estan asegurados o fuera de cobertura de su plan.

Si usted no recibe una Explicación de sus Beneficios (EOB o EOP) de su plan dentro de 45 días de tratamiento, le sugerimos contacte a su plan de seguros para determinar sus beneficios, ya que es posible que ellos no hayan realizado el pago. Los pagos que no sean recibidos en 60 días pueden ser transferidos al paciente y entonces tal vez usted tenga que hacer otros arreglos.

CITAS PERDIDAS

A menos que sean canceladas por adelantado, cuando menos de 24 horas antes, nuestra política es cobrar \$35.00 por cualquier cita perdida a la que usted no asista. Tal vez haya una cuota adicional para exámenes físicos perdidos. Nosotros no archivaremos y ningún plan de seguros cubre este pago, así que, por favor ayúdenos a servirle mejor al mantener o cancelar con anticipación todas sus citas programadas.

SERVICIOS TELEFONICOS EN HORAS EXTRAS

A usted tal vez se le cargue una cuota de \$10.00 por proveer consejos médicos vía telefónica durante horarios fuera de horas de oficina.

COBRANZA

Cualquier saldo pasado que no haya sido liquidado será transferido a una agencia de cobranza después de 90 días. En caso que la cuenta siga sin ser liquidada y se generen deudas por cocepto de cobranza, esta oficina tendrá derecho a cobrar los costos de abogados y de la corte.

Gracias por comprender nuestra política financiera. Por favor háganos saber si usted tiene alguna pregunta.

He leído y estoy de acuerdo con esta Política Financiera.

Firma del Paciente o de la parte responsable

Fecha