

Política financiera

La política de esta oficina es ayudar a mantener los costos de atención médica lo más bajos posible. Para lograrlo, necesitamos mantener nuestros costos de facturación al mínimo. Ayúdenos de las siguientes maneras::

- Siempre lleve su tarjeta de seguro médico actual a la oficina.
- Notifíquenos de cualquier cambio en el seguro, la dirección, el teléfono o el estado familiar en el momento del check-in.

SEGURO: Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No somos parte de ese contrato. Tenga en cuenta que algunos, y quizás todos, de los servicios prestados pueden ser servicios no cubiertos por su plan, y usted será 100% responsable de estos cargos. Las siguientes son sus responsabilidades:

- Asegúrese de que nuestros proveedores participen activamente con su compañía de seguros.
- Conozca su cobertura de beneficios y la de sus dependientes y verifique su elegibilidad antes de recibir los servicios.
- Conozca los montos de su copago, coseguro y/o deducible.
- Asegúrese de que todas las personas en su póliza tengan el médico de atención primaria correcto seleccionado en su compañía de seguros, ya que esta es la razón número uno por la que se niegan las reclamaciones.
- Asegúrese de que se cumplan todos los requisitos de autorización previa para evitar denegaciones o beneficios fuera de la red.
- Se considerará que paga por cuenta propia la visita del día si:
 - No tiene seguro;
 - Nuestro consultorio no participa con su plan de salud;
 - No puede presentar una tarjeta de identificación de miembro válida de su compañía de seguros en su visita; o
 - No podemos verificar su cobertura de seguro.

FACTURACIÓN DEL SEGURO: Recuerde que debemos recibir información de facturación actualizada para cumplir con las pautas de presentación de reclamaciones establecidas por su plan de seguro. Si no proporciona información completa y precisa sobre el seguro primario y/o secundario en la fecha del servicio, será responsable de los servicios prestados ese día.

Si no somos un proveedor participante con su plan de seguro o si su plan de seguro no proporciona cobertura para el proveedor que está viendo, usted será 100% responsable de todos los cargos incurridos y se considerará que paga por cuenta propia todas las visitas.

En resumen, usted es financieramente responsable de

- Servicios denegados y no cubiertos;
- Servicios que su póliza considere que no son médicamente necesarios;
- Copagos, deducibles y coseguros;
- Reclamaciones pendientes por falta de información del paciente o del garante.
- Beneficios no relacionados con el seguro y/o fuera de la red.

COPAGOS: Nuestros contratos de seguro nos exigen que cobremos todos los copagos y los montos responsables del paciente. Los copagos se deben pagar en el momento del servicio. Si no conoce su copago, es posible que le solicitemos un depósito de \$40.00 antes de ser atendido por un médico.

DEDUCIBLES: Si no ha alcanzado su deducible, requerimos un depósito de \$ 130.00 antes de que su hijo sea visto por el médico.

PACIENTES QUE PAGAN POR SU CUENTA: Los pacientes que pagan por su cuenta deben hacer un depósito de \$130.00 al registrarse para su cita. Si se acumulan cargos adicionales durante la visita, debe pagar los cargos en la ventanilla de salida antes de salir de la oficina.

CITAS QUE NO SON DE EMERGENCIA: Las visitas de niño sano, los exámenes físicos o cualquier seguimiento o visita que no sea de emergencia pueden reprogramarse si los saldos pendientes, los copagos o los cargos de pago por cuenta propia no se pueden pagar en el momento del servicio.

CHEQUES DEVUELTOS: La tarifa actual para cheques devueltos es de \$50.00. Tenemos el derecho de ajustar la cantidad en cualquier momento.

CUSTODIA DE LOS HIJOS: Para cualquier niño visto, **el padre o adulto acompañante es responsable del pago completo en el momento del servicio.** En caso de divorcio, por favor no coloque nuestra oficina en medio de disputas matrimoniales de custodia. Es su responsabilidad acordar el pago de la atención médica de su hijo entre el padre con custodia y el padre sin custodia.

ESTADOS DE CUENTA: Enviaremos estados de cuenta periódicos para los cargos que hayan sido identificados como su responsabilidad. Sus estados de cuenta enumerarán por separado los saldos anteriores, cualquier cargo nuevo a la cuenta y cualquier pago o crédito aplicado a su cuenta.

PAGOS: El saldo de su estado de cuenta vence y es pagadero cuando se emite el estado de cuenta y está vencido si no se paga dentro de los 30 días posteriores a la fecha del estado de cuenta.

COBROS: Falta de pago del saldo de la cuenta en su totalidad dentro de los 30 días a partir de la fecha del estado de cuenta puede resultar en un cargo de refacturación de \$20.00 para cubrir el costo de enviar estados de cuenta adicionales. Cualquier saldo vencido que no se pague después de 120 días a partir de la fecha del estado de cuenta inicial se entregará a una agencia de cobranza. Usted será responsable de cualquier cargo y tarifa que resulte de esta acción.

PLANES DE PAGO: Somos conscientes de que los problemas financieros temporales pueden afectar el pago oportuno de su cuenta. Si surgen tales problemas, le recomendamos que se comuniquen con nuestra oficina de inmediato para arreglos de pago y asistencia en la administración de su cuenta. Ofrecemos un plan de pago limitado para aquellos pacientes que necesitan cierta flexibilidad, con los siguientes criterios:

1. Se le pedirá que nos proporcione un número de tarjeta de crédito o débito para procesar automáticamente su pago en las fechas especificadas.
2. El saldo debe pagarse en su totalidad dentro de los seis meses posteriores a la fecha de un acuerdo de plan de pago firmado (a menos que se especifique lo contrario).
3. Una copia de este acuerdo le servirá como recordatorio. Los estados de cuenta regulares no se enviarán por correo para este saldo.
4. No se pueden agregar cargos futuros a este plan de pago, ya que no está destinado a ser una cuenta de cargos renovables. Hasta que el acuerdo de pago inicial se pague en su totalidad, todos los costos de visitas futuras vencerán en su totalidad en el momento del servicio.
5. Si en algún momento no puede cumplir con este acuerdo de pago, el plan de pago se cancelará y el saldo restante será pagadero de inmediato.

COPIAS DE REGISTROS MÉDICOS: Según la ley estatal, se le puede cobrar hasta \$1.00 por cada página de las primeras 25 páginas, \$0.50 por cada página que exceda las 25 páginas y una tarifa de búsqueda de \$5.00 por cada registro de salud del paciente solicitado.

He leído y entiendo la política financiera de Hometown Pediatrics. Certifico que he proporcionado a Hometown Pediatrics información completa y precisa sobre la cobertura del seguro, y entiendo que soy financieramente responsable de todos los servicios o tarifas, independientemente de la cobertura del seguro. Además, autorizo la divulgación de la información necesaria para que Hometown Pediatrics reciba el pago por los servicios.

Firma del padre o tutor legal: _____ Nombre del paciente: _____

Fecha: _____