



Poliza Financiera

Los medicos y el personal de Lakeside Pediatrics gustaria darle las gracias por haber elegido nuestra practica. Nos esforzamos por brindarle una atencion medica excelente y nuestro objetivo es hacer su visita lo mas conveniente posible.

Al firmar a continuation usted confirmar que usted ha leído esta politica y entiendo que:

- **Demografia:** Es su responsabilidad de informarle a la oficina de cualquier cambio de direccion o telefono.
- **Debido En El Momento Del Servicio:** Su cuenta debe ser mantenida al dia. En efecto, toda auto-pago o co-pagos de seguro, seguro secundario y deducible seran recolectados en el momento del servicio. Pagar en efectivo, cheque, Visa, MasterCard o American Express.
- **Citas:** Si usted no tiene su pago(s), su cita puede ser cancelada. Se le puede pedir que haga otra cita para cuestiones que no sean el motivo de su visita original.
- **Cheque Devuelto Honorarios:** Un cheque devuelto resultara en un cargo de servicio de \$25 y todos los pagos futuros que se requieren en forma de efectivo o tarjeta de credito.
- **Estados/Cargo Por Demora:** Solo se enviara un estado de cuenta si el saldo supera \$5 y usted recibira un reembolso si el monto del credito es superior a \$25. Los reembolsos se emitiran dentro de 4-6 semanas a partir de la fecha solicitada y si no hay reclamos del seguro pendiente. Para todos los saldos pendientes debido enviaremos SOLAMENTE 2 estados que solicitan el pago del saldo adeudado. Primera declaracion - expedido dentro de los 30 dias desde su balance inicial. . Fecha del balance de inicio se define como la fecha del balance pendiente su pago o el pago de su seguro medico. Para los pacientes de pago en efectivo (sin seguro medico) esta sera la fecha de visita del paciente. Segunda declaraci6n - expedido dentro de los 60 dias desde su balance inicial incluirá un recargo de \$25.00
- **Costos De Los Registros Medicos:** El primer conjunto de registros medicos o formularios completados se proporcionara sin costo alguno. Cobraremos el maximo obligatorio del indicado para los registros duplicados y el papeleo (por ejemplo: disability, FMLA, etc)
- **Acciones De La Coleccion:** Se tomara accion en todas las cuentas 90 o mas dias adeudados y que no se identifican como una cuenta de plan de pago. Las partes responsables que no hacen un esfuerzo para buscar ayuda y planes de pago con nosotros, puede estar sujeta a la familia de ser despedido de la practica.
- **Agencia De Colecciones:** Si su cuenta es entregada a una agencia de colecciones, usted sera responsable de los gastos incurridos en las colecciones de equilibrio, digo, que pueden incluir los honorarios de agencia de cobros de hasta un 50% de sus costos saldo pendiente del tribunal y los honorarios del abogado.

Si usted tiene seguro medico: Vamos a presentar sus reclamaciones a su seguro medico, sin embargo hay que destacar que a medida de los proveedores medicos, nuestra relacion es con usted, no su compania de seguros. En ningun caso seremos responsables de la exactitud de la informacion proporcionada a usted ni a nosotros por su compafia de seguros. Aunque intentamos verificar sus beneficios con su poliza de seguro, tenga en cuenta esto es solo una estimacion de su cobertura en base a la informacion que se nos da en el momento de la investigation.

Al firmar abajo, usted confirma que entiendes:

- Es su responsabilidad informarnos de cualquier cambio en su poliza de seguro para que su cobertura se puede volver a ser verificada antes de su cita.
- No todos los servicios son un beneficio cubierto con todos los planes de seguros.
- Es su responsabilidad estar al tanto de el servicio(s) que se proporciona a usted y si es un beneficio cubierto por su plan de seguro.
- Usted es responsable de todos los gastos no cubiertos por su poliza de seguro.
Aunque la presentacion de sus reclamaciones de seguros es una cortesia extendida a usted, todos los cargos son siempre responsabilidad desde la fecha que se prestan los servicios.
- Para los pacientes cubiertos por un plan de salud que no ha contratado directamente con nosotros, vamos a presentar al seguro hospitalizacion solamente. Para los servicios de oficina se requiere el pago en el momento de la cita, un recibo detallado que se puede presentar a su compania de seguros para que el reembolso sea proporcionado.

Somos conscientes de que los problemas financieros temporalis pueden afectar el pago oportuno de su cuenta. Si estos problemas se presentan, instamos a contactarnos inmediatamente para la ayuda en la gestion de su cuenta. Si usted tiene alguna pregunta acerca de esta informacion, por favor no dude en preguntar. Estamos aqui para ayudar.

He leído y entiendo la politica economica anterior y estoy de acuerdo a cumplir con todas las obligaciones financieras.

Padre/ nombre del responsable (en letra de imprenta)

Fecha

Firma del padre/responsable



Pacientes Directrices Financieras

Su responsabilidad financiera depende de una variedad de factores, se explica a continuacion.:

<i>Si usted Tiene...</i>	<i>Seras responsable por...</i>	<i>Nuestro personal hara....</i>
Medicaid (limitado)	No se aceptan todos los planes de Medicaid HMO. Presentaremos todos los servicios cubiertos de Medicaid o su Medicaid HMO solo si somos el Doctor Primario (PCP) y que tiene un contrato con su HMO de Medicaid que aceptemos, todos los servicios se debe en su totalidad en al momento de prestacion del servicio.	Archivo a su compania de seguros y/o aceptar cualquier pago.
Planes con los que participamos de HMO o PPO	Si los servicios que recibio estan cubiertos por su plan: Todos los co-pagos y deducibles deben ser pagados al final de la visita.	Aceptar el pago y presentar una reclamacion a su seguro.
Planes Limitado	El pago total por los servicios prestados en el momento del servicio.	Aceptar el pago y presentar una reclamacion a su aseguradora a ver si acepta la reclamacion.
Seguros Comerciales (Tambien conocido como indemnizacion, el seguro regular, o una cobertura 80/20)	Todos los co-pagos y deducibles en el momento de la visita.	Aceptar el pago y presentar una reclamacion a su seguro.
HMO's que no estamos contratados con ellos	El pago completo en el momento del servicio para la visita, inyecciones o cualquier otro servicio(s) disponible.	Aceptar el pago y presentar una reclamacion a su seguro.
Sin Plan Medico (Self Pay)	El pago completo en el momento de los servicios que se espera. Los cargos adicionales se liquidaran en el momento de la visita. Dinero en efectivo, tarjeta de debito/tarjeta de credito o cheque es el metodo preferido de pago. Si hay una historia de honorarios NSF, solo pago en efectivo seran aceptados.	Aceptara su pago.
Planes de HSA	Usted debe regresar a la zona de inscripcion al pagar con su tarjeta de debito HSA.	Acepta tu pago con tarjeta de HSA.
Planes de HRA	Su HRA seran facturados. Si los fondos se agotan, entonces usted tendra que pagar en el momento de prestacion del servicio.	Acepta tu seguro HRA pago con tarjeta y/o aceptar su pago personal.
Todos Planes de Seguro	Usted es responsable de proporcionar la informacion correcta de seguro (y si hay cambios) su cobertura de seguro en el momento de la visita. Usted es responsable de conocer cuales son sus beneficios. Si usted no entiende cuales son sus beneficios, por favor pongase en contacto con su compania de seguros llamando al numero de servicio al cliente en su tarjeta de seguro.	Hacer su cita una vez que su cobertura ha sido verificada.