 **POLIZA FINANCIERA**

Gracias por escogernos como su proveedor de salud. Nuestra mision es dar cuidado de la mejor calidad a sus hijos. La siguiente informacion es nuestra POLIZA FINANCIERA y antes de darle algun servicio, le pedimos que por favor, la lea, y firme para manifestar que entiende como funciona nuestra clinica. Si usted tiene alguna pregunta por favor llame a nuestra oficina.

Nuestra oficina:

1. Pedira a su seguro primario que pague su visita medica.
2. Le dara un estado de cuenta una vez que el seguro haya pagado por servicios.
3. Acepta pagos en efectivo, cheque y la mayoria de tarjetas de credito.
4. Establecera planes de pago cuando sea necesario.
5. Ayudara a resolver problemas de pagos diligentemente por 60 dias.
6. Citas medicas en horas despues de oficina, fin de semana o festivos tienen un mayor costo.

Sus responsabilidades son:

1. Completar nuestra forma de registracion y proveer la informacion del seguro necesaria para

Procesar su visita.

1. Notificarnos de cualquier cambio en el status de su seguro medico y cualquier cambio de

Direccion o telefono.

 3. Pagar su copago al momento de la visita.

1. Pagar cualquier balance que no haya sido pagado, o que haya sido negado o demorado por su compania de seguro 60 dias despues de la visita.
2. Llamar a su compania de seguros cuando un pago ha sido negado. Pagos negados o disputados no suspenden su responsabilidad de pagar por servicios proveidos.
3. Ser responsible por deducibles o gastos no cubiertos. Esto puede incluir cargos por formas o pruebas sugeridas por la Academia de Pediatria o que son requeridas por Ley.
4. Autorizar a Bee Well Pediatrics que provea a la compania de seguro cualquier informacion clinica o financiera que puedan requerir.
5. Pagar por completo la visita y cualquier procedimiento al momento de servicio si no hay seguro medico en los records.
6. Pagar multa de 25 dolares por cheque regresado a nosotros por el banco, debido a insuficientes fondos.
7. Informarnos si necesita reprogramar o cancelar cualquier visita. Usted puede ser responsible por multa adicional si no se presenta a su cita.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de la persona responsable o Padre Fecha