

VIPediatrics CODIGO FINANCIERO

Nuestro objetivo es proporcionar y mantener una buena relación entre el medico y el paciente. Saber de antemano cual es nuestro codigo financier nos permite mantener buena comunicacion con nuestros pacientes y nos permite alcanzar nuestro objetivo de buen servicio. Por favor lea esto cuidadosamente y si usted tiene alguna pregunta, por favor no dude en preguntar a un miembro de nuestro personal.

- Cuando llegue, por favor registre con nuestro personal en la recepcion. . Si tiene cualquier cambio en su información demográfica, incluyendo correo electrónico, número de teléfono o dirección, por favor notifique al personal. Si hay algun cambio en su seguro, por favor notifiquenos. Su seguro será verificado. **SI LA COMPANIA DE SEGUROS QUE TENEMOS EN EL ARCHIVO ES INCORRECTO, USTED SERA RESPONSIBLE POR LA VISITA.**
- Si usted tiene que designar un médico de atención primaria con su plan de seguro, asegúrese de que se haga ANTES de su visita. Si su compañía de seguros no ha sido informada de que somos sus médicos de atención primaria el dia de su visita, usted será responsable financieramente por la visita.
- De acuerdo con su plan de seguro, usted es responsable de cualquier y todos los co-pagos, deducibles y coaseguros.
- Antes de hacer una cita de examen de salud del niño, consulte con su compañía de seguros si la visita será cubierta como una visita saludable. No todos los planes cubren exámenes físicos anuales, algunos seguros limitan el número de visitas saludables que puede tener por año, algunos seguros limitan cuándo puede programarlas (tiene que ser después del cumpleaños o > 365 días desde la última). No todos los planes cubren la audición, la visión y evaluaciones de desarrollo. Es su responsabilidad conocer los beneficios de su plan de seguro. Si no está cubierto, usted será responsable del pago en el momento de la visita.
- **ES SU RESPONSABILIDAD DE ENTENDER SU PLAN DE BENEFICIOS. ES SU RESPONSABILIDAD SABER SI UNA REFERENCIA POR ESCRITO O AUTORIZACION ES NECESARIA ANTES DE VER A UN ESPECIALISTA, SI SE REQUIERE DE UNA PRE-AUTORIZACION ANTES DE UN PROCEDIMIENTO, Y QUE SERVICIOS ENTAN CUBIERTOS.**
- Por lo general, es necesario que nos notifique de cualquier referencia que necesite para visitar a un especialista de 3 a 5 días antes de su visita. Es su responsabilidad saber si su especialista participa en su plan, y que nos proporcione su número de ID y la fecha de su visita.
- Si nosotros no participamos en su plan de seguro, o si usted no tiene un seguro medico, el pago completo es requerido el dia de su visita. Para las citas programadas, los saldos anteriores deben ser pagados en el momento de su visita
- No todos los servicios prestados por nuestra oficina son cubiertos por cada plan. Cualquier servicio que no sea cubierto por su plan usted será responsable por el pago.
- Co-pagos son debidos en el momento de su visita. Nos reservamos el derecho de agregar un cargo adicional de \$ 20 a todos los co-pagos no pagados al momento de su visita.
- Requerimos notificacion de un minimo de 24 horas para cancelar cualquier cita. Hay un cargo de \$ 25 por citas no canceladas dentro de esas 24 horas, o por visitas a la que usted nun llego. Como CORTESIA tratamos de confirmar citas por telefono de uno a dos días antes de su visita, **PERO ES SU RESPONSABILIDAD SABER EL DIA Y HORA DE SU CITA**
- Un cargo \$ 20 será cobrado por cualquier cheque devuelto por falta de fondos, **ADEMAS** de cualquier cargo bancario generados
- Si su hijo tiene escuela, campamento, o formas de deportes para ser completado, no hay cargos por estos servicios. Tenemos un tiempo de respuesta de 3 a 5 días de negocio para las formas. Si se necesita una forma antes de 3 días, hay un cargo por de \$ 20 por **URGENCIA**. Si tiene una forma mas específica envez de nuestras formas, nos reservamos el derecho de aplicar un cargo adicional de \$ 20.
- En un esfuerzo por mantener bajos los tiempos de espera en la oficina, si llega más de 10 minutos tarde a su visita, nos reservamos el derecho de reprogramar su visita.

He leído y entendido este codigo financiero y se comprometo a cumplir y aceptar la responsabilidad de cualquier pago que sea exigible tal como se describe anteriormente.

Nombre del paciente (s): _____

El nombre del miembro responsable: _____

Relacion al paciente(s): _____

Firma del miembro responsable: _____ Fecha: _____