

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

- Lleve siempre a la oficina su tarjeta de seguro médico actual.
- Notifiquemos de cualquier cambio en el seguro, la dirección, el teléfono o el estado familiar al 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, los servicios proporcionados 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 de 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 rechazan los reclamos.
- Asegúrese de que se cumplan todos los requisitos de autorización previa para evitar rechazos o beneficios fuera de la red.
- Se le considerará como pago por cuenta propia por la visita del día si:
  - o No tiene seguro;
  - o Nuestra práctica no participa con su plan de salud;
  - o No puede presentar una tarjeta de identificación de miembro válida de su compañía de seguros en su visita; o
  - 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 del seguro primario y / o secundario en la fecha del servicio, será responsable de los servicios prestados ese día.

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

En resumen, usted es financieramente responsable de

- Servicios denegados y no cubiertos;
- Servicios que su póliza considera que no son médicamente necesarios;
- Copagos, deducibles y coseguro;
- Reclamaciones pendientes debido a la falta de información del paciente o del garante.
- Beneficios que no pertenecen al 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 vencen al momento del servicio. Si no conoce su copago, es posible que solicitemos un depósito de \$ 25.00 antes de que lo vea un médico.

**DEDUCIBLES:** Si no ha alcanzado su deducible, podemos solicitar un depósito de \$ 90.00 antes de que lo vea el médico.

**PACIENTES AUTOPAGOS:** Los pacientes que pagan por cuenta propia deben hacer un depósito de \$ 90.00 durante el check-in. Si se acumulan cargos adicionales durante la visita, debe pagarlos 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 se pueden reprogramar si no se pagan los saldos pendientes, los copagos o los cargos de pago propio en el momento del servicio.

**CHEQUES DEVUELTOS:** La tarifa actual por cheques devueltos es de \$ 30.00. Tenemos derecho a ajustar la cantidad en cualquier momento.

**CUSTODIA DEL NIÑO:** Para cualquier niño visto, el padre o adulto acompañante es responsable del pago completo en el momento del servicio. En caso de divorcio, no coloque nuestra oficina en medio de disputas de custodia matrimonial. Es su responsabilidad resolver el pago de la atención médica de su hijo entre el padre con custodia y el que no tiene la custodia.

**DECLARACIONES:** Enviaremos estados de cuenta mensuales por los cargos que se hayan identificado como su responsabilidad. Su estado de cuenta mensual enumerará por separado los saldos anteriores, cualquier cargo nuevo a la cuenta y cualquier pago o crédito aplicado a su cuenta durante el mes.

**PAGOS:** A menos que otros arreglos sean aprobados por nosotros por escrito, 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.

**COLECCIONES:** No pagar el saldo de la cuenta en su totalidad dentro de los 30 días a partir de la fecha del estado de cuenta puede resultar en una tarifa de recarga de \$ 5.00 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 los cargos y tarifas que resulten de esta acción. Si su cuenta debe ser reenviada a una agencia de cobranza, continuaremos atendiendo solo de emergencia durante 30 días, lo que le dará tiempo para encontrar una nueva fuente de atención médica.

**HORARIO DE TARIFAS DESLIZANTES:** Ofrecemos tarifas de servicio con descuento para pacientes elegibles que deseen postularse. Estas tarifas se basan en sus ingresos familiares anuales. Para determinar la elegibilidad, necesitaremos ver un comprobante de identificación y dirección, los tres talones de pago más recientes y la evidencia del rechazo del programa de Medicaid.

**PLANES DE PAGO:** Sabemos que los problemas financieros temporales pueden afectar el pago oportuno de su cuenta. Si surgen tales problemas, lo alentamos a que se comunique con nuestra oficina de inmediato para los 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 fechas específicas.
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. No se enviarán estados de cuenta regulares por este saldo.
4. No se pueden agregar cargos futuros a este plan de pago, ya que no está destinado a ser una cuenta de cargo renovable. Hasta que el acuerdo de pago inicial se pague en su totalidad, todos los costos de las visitas futuras deberán pagarse en su totalidad en el momento del servicio.
5. Si en algún momento no puede cumplir con este acuerdo de pago y no notifica a Fort Payne Pediatrics, su cuenta se enviará a una agencia de cobranza. Si su cuenta se reenvía a cobros, se le otorgarán 30 días para seleccionar un nuevo médico de atención primaria. Durante ese período de 30 días, continuaremos brindando atención médica solo de emergencia para su hijo.

**COPIAS DE EXPEDIENTES 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 médico del paciente solicitado.

He leído y entiendo la política financiera de Fort Payne Pediatrics. Certifico que le he proporcionado a Fort Payne 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 Fort Payne Pediatrics reciba el pago por los servicios.

Firma del Garante:

Fecha: