Poliza financiera

¡Bienvenido a River Valley Pediatrics! Con el fin de ofrecer una atención médica de calidad, hemos establecido una política financiera. La siguiente es una lista de pautas que son necesarias para poder continuar brindando atención de alta calidad y hacer su visita lo más agradable posible.
Por favor, lea toda la información y reconozca firmando a continuación.
1. Le pedimos que presente su tarjeta de seguro en cada visita. Es su responsabilidad proporcionarnos la información correcta para facturar su seguro.
2. Si tiene un cambio de dirección, número de teléfono o empleador, por favor avise a la recepcionista.
3. Cobriremos su deducible, copago o cargo por servicios no cubiertos en el momento de su visita.
4. Si tiene un saldo después de un pago de seguro de un servicio anterior, también le pediremos ese pago. Aceptamos dinero en efectivo, cheques, Visa y MasterCard.
5. Si su seguro niega nuestros cargos, no nos paga de manera oportuna o si su cuenta llega a morosidad, nos reservamos el derecho de referir su cuenta a una agencia de cobranza y ser reportada a la Oficina de Crédito.
6. A partir del 1 de mayo de 2007, evaluaremos un cargo de interés mensual de 1.50% sobre los saldos pendientes de pago con una antigüedad superior a 90 días.
7. Pacientes PPO; Si participamos con su plan de seguro, le facturaremos su seguro para usted. Su copago será cobrado en el momento del servicio. SIN EXCEPCIONES.
8. Si su plan requiere que elija un PCP, es su responsabilidad asegurarse de que su compañía de seguros tenga al médico que está viendo en nuestra oficina como su PCP. Si su plan requiere que usted tenga una autorización para ver a un especialista, todavía necesita obtenerlo de nuestra oficina antes de ver al especialista. No se darán referencias retroactivas. Si no participamos con su plan, verificamos sus beneficios fuera de la red, archivamos su servicio. Si NO somos su PCP, NO podremos obtener una autorización para consultar a un especialista.
9. Pacientes de MEDICAID; Usted debe ser elegible para los servicios de Medicaid en el momento de su visita a la oficina o usted será responsable de los servicios prestados. También se firmará un acuerdo de pago privado.
10. PRIVATE PAY pacientes; Los pacientes sin seguro se espera que pague en el momento de los servicios y debe firmar un acuerdo de pago privado. Si no puede pagar en su totalidad, debe ponerse en contacto con nuestro departamento de facturación antes de consultar al médico para concertar arreglos de pago.
11. Su seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros. No somos parte en ese contrato. Es muy importante que entienda las disposiciones de su póliza. No podemos garantizar el pago de todas las reclamaciones. Si su compañía de seguros paga sólo una parte de la factura o rechaza su reclamo, cualquier contacto de explicación debe hacerse a usted, el titular de la póliza. La reducción o rechazo de su reclamación por su compañía de seguros no le exime de su obligación financiera.

Recuerde, si usted tiene o no tiene seguro, en última instancia, financieramente responsable del pago de sus cargos. Si tiene alguna pregunta con respecto a nuestra política financiera, comuníquese con nuestro departamento de facturación al 830-379-7334.
He leído y tengo una comprensión completa de la política financiera de River Valley Pediatrics MD PA.
Nombre del paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Nombre de la parte responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Testigo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_