

POLÍTICA FINANCIERA

Somos médicos independientes que comparten los empleados, un edificio de oficinas, servicios y políticas. El propósito de esta comunicación es explicar nuestra Política Financiera. No solo estamos comprometidos a proveer una excelente atención pediátrica a su hijo, estamos comprometidos a proveerle con la información para que pueda tomar decisiones informadas con respecto a los asuntos financieros.

- Todas las prácticas aceptan el pago vía el cambio efectivo, tarjeta de débito, Visa y MasterCard.
- Los copagos se recogen en el principio de la cita cuando comprobarse. Su compañía de seguros requiere esta colección de fondos. Se añadirá una cuota de \$20.00 a su cuenta si el copago no se recibe en el momento de la cita.
- Las cuentas pagadas en privado (sin el seguro médico) califican por un descuento de 20% cuando se pagan en el momento del servicio. Aplica a las citas de la oficina y de las exanimaciones rutinarias de bien salud. No se incluyen exámenes, encuestas, análisis ni vacunas.
- En la primera cita, se supone las cuentas pagadas en privado (sin el seguro médico) son pagadas en el momento del servicio. Esta regla aplica por las citas después de eso, con la excepción que se hacen arreglos con la oficina de negocios antes de recibir servicios.
- La cuenta por servicios que no cubre el seguro médico, la circuncisión y el recorte de la lengua por ejemplo, se recoge en el momento del servicio.
- Los análisis de laboratorio son limitados en nuestra oficina. Cualquier análisis adicional necesario se enviará a servicios de laboratorio externos. Tenga en cuenta los laboratorios preferidos por su seguro. Usted será responsable de cualquier gasto derivado de los análisis de laboratorio.
- Se añadirá una cuota de \$25.00 por un cheque rechazado.
- Se añadirá una cuota de \$50.00 para una cita no cancelada sin al menos un aviso de un día. Por más de tres citas no canceladas en un año calendario la relación del paciente con el médico puede ser terminado.
- Facturaremos sus reclamos médicos por usted con su compañía de seguros. Sin embargo, tenga una cuenta, por favor, que después de procesar su reclamo medico con la compañía de seguros, se supone que usted paga el resto de la cuenta dentro de 30 días, con la excepción que se hacen arreglos con la Oficina de Negocios.
- Padres divorciados: Ambos padres son responsables equitativamente de los gastos médicos, a menos que un mandato judicial estipule lo contrario. Nuestra oficina no arbitrará las disputas. Para más detalles, solicite una copia de nuestra Política de Familias Separadas, también disponible en nuestro sitio web.
- Un representante de la Oficina de Negocios está disponible en horario de oficina para discutir los arreglos de pago y / o hacer preguntas sobre su cuenta. Se les puede contactar directamente al 503-657-0190.
- Al firmar este formulario, entiendo que soy responsable de todos los cargos, estén o no cubiertos por el seguro, y que todos los copagos deben pagarse al momento del servicio.
- Al firmar este formulario, autorizo a mi plan de seguro a realizar el pago directo de los beneficios médicos, incluidos los principales beneficios médicos, a los Dres. Corso, Resk, Stoeber y/o Bugakov.

SI NO SE PRESENTAN LAS TARJETAS DE SEGURO EN CADA VISITA, SE LE PUEDE CONSIDERAR COMO AUTOPAGO

He leído esta Política Financiera y entiendo que soy responsable por el pago de mi cuenta dentro del límite de esta Política, independientemente de la cobertura de seguro. Estoy de acuerdo en pagar todos los costos y los honorarios razonables de abogados, si pleito es instituido para cobrar el dinero adeudado por mí, incluyendo los intereses, las tarifas de procesamiento o comisiones que se pueda cobrar por cualquier agencia de recaudación retenida a perseguir en este asunto.

Nombre del niño: _____

Nombre del niño: _____

fecha de nacimiento: ____/____/____

fecha de nacimiento: ____/____/____

Nombre del niño: _____

Nombre del niño: _____

fecha de nacimiento: ____/____/____

fecha de nacimiento: ____/____/____

Nombre de padre/madre o guardián: _____ **Fecha de hoy:** _____

Firma de padre/madre o guardián/: _____ **Relación con el paciente:** _____