

Trinity Pediatrics

Política de pago

Gracias por elegirnos como el proveedor de atención primaria de su hijo(a). Estamos comprometidos a proporcionar atención médica de calidad y comprable a sus hijos. Desarrollamos esta política de pago porque algunos padres han tenido preguntas sobre la responsabilidad del paciente y del seguro por los servicios rendidos. Por favor, léelo, Pregúntenos cualquier pregunta que pueda tener, y firme en el espacio proporcionado. Se le proporcionará una copia si usted lo solicita.

- 1. Seguro Médico.** Participamos en la mayoría de los planes de seguro médico. Si su hijo no está asegurado por un plan con el que hacemos negocios, se espera el pago en su totalidad en cada visita. Si su hijo está asegurado por un plan con el que hacemos negocios, pero no tiene una copia de una tarjeta de seguro actualizada, se requiere el pago completo por cada visita hasta que podamos verificar la cobertura de su hijo. Es su responsabilidad conocer los beneficios del seguro de su hijo. Comuníquese con la compañía de seguros de su hijo con cualquier pregunta que pueda tener con respecto a la cobertura de su hijo.
- 2. Copagos y Deducibles.** Todos los copagos y deducibles deben ser pagados en el momento del servicio. Este acuerdo es parte de su contrato con la compañía de seguro de su hijo. La falta de nuestra parte para recoger los copagos y los deducibles para del padre o del cuidador del paciente puede ser considerado fraude. Por favor ayúdenos a mantener la ley al hacer el copago de su hijo en cada visita.
- 3. Servicios no cubiertos.** Tenga en cuenta que algunos de los servicios que su hijo recibe pueden ser no cubiertos o no considerados razonables o necesarios por el seguro de su hijo. Usted debe pagar por estos servicios en su totalidad en el momento de la visita.
- 4. Comprobante de seguro.** Todos los padres del paciente deben completar nuestro formulario de información para el paciente antes de que el paciente vea al médico. Debemos obtener una copia del seguro actual y válido de su hijo para proporcionar una prueba de seguro. Si usted no nos proporciona la información correcta del seguro de manera oportuna, usted puede ser responsable del saldo de una reclamación.
- 5. Envío de reclamaciones.** Nosotros sometemos sus reclamos y le asistiremos de cualquier manera que razonablemente podamos para ayudar a que sus reclamos sean pagados. La compañía de seguros de su hijo puede necesitar que usted proporcione cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con sus peticiones. Tenga en cuenta que el saldo de la reclamación de su hijo es su responsabilidad si su compañía de seguros paga o no paga la reclamación de su hijo. Los beneficios del seguro de su hijo son un contrato entre usted y la compañía de seguros de su hijo. No somos parte de ese contrato.

6. **Cambios de cobertura.** Si el seguro de su hijo cambia, por favor notifíquenos antes de su próxima visita para que podamos hacer los cambios apropiados para ayudar a su hijo a recibir sus beneficios máximos. Si la compañía de seguros de su hijo no paga la reclamación de su hijo en 45 días, el saldo se le facturará automáticamente.

7. **Impago.** Si la cuenta de su hijo tiene más de 30 días de vencido, recibirá una carta indicando que tiene 20 días para pagar la cuenta de su hijo en su totalidad. No se aceptarán pagos parciales, a menos que se negocien de otro modo. Póngase en contacto con el supervisor de la oficina para cualquier inquietud o pregunta sobre este asunto. Tenga en cuenta que, si un saldo permanece impago, usted y sus familiares inmediatos pueden ser dados de alta de la práctica. Si esto ocurre, se le notificará por correo ordinario y certificado que tiene 30 días para encontrar atención médica alternativa.

8. **Citas perdidas.** No cobramos por las citas perdidas, pero por favor háganos saber dentro de 24-48 horas si usted desea cancelar o reprogramar la cita de su hijo. nuestra política es terminar a los pacientes después de 3 “no llegadas”. El propósito de nuestra política es proteger la práctica de la pérdida de indisponibilidad a la población de su paciente en necesidades médicas. Es su responsabilidad actualizar cualquier información demográfica con la recepción para asegurarse de que se puede llegar a confirmar la hora y la fecha de la cita.

Nuestra práctica se compromete a proporcionar el mejor tratamiento a nuestros pacientes. Nuestros precios son representativos de los cargos habituales de nuestra zona.

Gracias por entender nuestra política de pagos. Por favor, háganos saber si tiene alguna pregunta o inquietud. He leído y comprendo la política de pagos y he acordado respetar sus reglamentos.

Firma de padre/guardián

Fecha