



POLIZA FINANCIERA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ MRN: _____
(para uso de oficina)

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ MRN: _____
(para uso de oficina)

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ MRN: _____
(para uso de oficina)

Estamos comprometidos a brindarle el mejor cuidado, y con gusto discutimos con usted nuestros cobros profesionales. Su entendimiento a nuestras pólizas financieras es importante para nosotros. Por favor pregúntenos si tiene cualquier duda sobre nuestros cobros, póliza financiera o sus responsabilidades

PROGRAMAS DE SEGUROS QUE CONTRATAN DIRECTAMENTE CON NOSOTROS - USTED ES RESPONSABLE DE ENTENDER LA POLIZA QUE USTED ELIGIO, y es responsable de proveer a nuestra oficina con toda la información de la póliza necesaria. Por favor lea los beneficios de su póliza individual. Hay algunos servicios que puedan no ser cubiertos por su póliza.

- El guardián es la persona responsable por la cuenta del paciente. Por favor note que un divorcio o cualquier otro acuerdo financiero entre dos entidades no determina a quien RMHC le factura los servicios. **NOSOTROS NO SOMOS PARTE DE CUALQUIER ARREGLO LEGAL ENTRE PADRES DIVORCIADOS O SEPARADOS.**
- Nosotros facturaremos a la a seguridad apropiada; **el copago se debe al momento de la visita**, pero se enviará una factura al guardián por cualquier balance restante por deducibles, coaseguros, y cualquier otro servicio que no sea cubierto.
- Pago completo por la visita es debido **AL MOMENTO QUE SE PRESTA EL SERVICIO para pacientes sin aseguranza o si no se pudo verificar su aseguranza vigente**, al menos que se haiga hecho cualquier otro arreglo con nuestra oficina. Aceptamos cash, cheques personales, VISA, MasterCard, American Express, y Discover.
- Un cobro de \$40.00 será aplicado a cheques botadores.
- Cuentas delincuentes pueden ser referidas a la agencia de cobros. Usted está de acuerdo que en dado caso que su cuenta sería referida a la agencia de cobros aparte de la cantidad que debía, también será responsable de pagar todos los honorarios incurridos debido a que su cuenta sea enviada a colecciones.
- Si su cuenta es enviada a la agencia de colecciones, su hijo/a no podrá ser visto más en nuestra oficina.

Yo autorizo la publicación de todos mis registros médicos a mi aseguranza y cualquier especialista para continuar mi cuidado si es necesario.

Si por alguna circunstancia inusual se le hace imposible cumplir con los requisitos de este acuerdo financiero, por favor contáctese con nuestro departamento financiero. Esto evitara mal entendidos y permitirá que su cuenta siga estando en buen estado.

EH LEIDO Y ENTIENDO LAS POLIZAS FINANCIERAS I ESTOY DE ACUERDO EN ACEPTAR CUALQUIER RESPONSABILIDAD INCURRIDA.

.....
ASIGNACION DE BENEFICIOS DEL SEGURO: Yo autorizo que los pagos de beneficios médicos sean directamente hechos a RMHCP Pediatrics P.C. Yo autorizo cualquier publicación de mi información medica que sea necesaria para procesar un reclamo. Yo permito que una copia de esta autorización sea tan válida como la original. Yo entiendo que cualquier costo que no sea cubierto por la aseguranza será mi responsabilidad al menos de ser prohibido por regulaciones estatales o federales.
.....

PERMISO PARA TRATAR UN MENOR (menor de 18 años): En caso de una emergencia y que no puedan contactarme, yo le doy mi permiso a RMHC Pediatrics P.C de tartar a mi hijo/a en su oficina a como sea requerido por cualquier sea le emergencia.

Firma (padre o guardián legal)

Relación al Paciente

_____/_____/_____
Fecha

.....
Agosto 2017