

PEDIATRIC ASSOCIATES OF DURANGO

Responsabilidad financiera

¿QUIÉN ES EL GARANTE FINANCIERO? Esta es la persona que recibirá los resúmenes de facturación por correo. (Los padres deben acordar quién es el garante financiero. Si hay algún problema de pago, deben resolverse entre los padres. Los Pediatric Associates of Durango no pueden involucrarse en argumentos internos sobre quién recibe los Estados de Cuenta)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / _____ SS# _____ - _____ - _____

Dirección de envío: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Idioma Preferido : _____ E-mail: _____

Mejor Numero de Telefono _____ Dejar Mensaje S/N Alternativo: _____ Dejar Mensaje S /N

Relación con el Paciente(s) _____ **Vive con el Paciente?** _____ **Si** _____ **No**

En Pediatric Associates of Durango, a nadie se le negará el acceso a los servicios debido a la imposibilidad de pagar. Lea atentamente la siguiente información e inicial donde se indique, reconociendo su comprensión y aceptación de sus obligaciones financieras.

Inicial ____ Autorizo a Pediatric Associates of Durango a divulgar cualquier información adquirida durante el tratamiento de mi/ nuestro hijo necesario para procesar los reclamos de seguro.

Inicial ____ Entiendo que es mi responsabilidad confirmar con mi compañía de seguros que el proveedor está actualmente bajo contrato con mi plan de seguro, o estar dispuesto a ser visto en los beneficios "fuera de la red". Cualquier pregunta sobre atención médica, de bienestar del bebé / preventivo, laboratorios / radiografías y cobertura de inmunización, debe dirigirse a mi compañía de seguros antes de mis visitas. Aceptó ser responsable de todos los copagos, deducibles y servicios no cubiertos según lo determine mi plan de seguro.

Inicial ____ Si tengo un copago, aceptó pagar el monto total del copago al momento del servicio.

Inicial ____ Autorizo el pago directamente al proveedor por los servicios prestados por cualquier beneficio disponible bajo mi seguro, y soy financieramente responsable por los servicios prestados no cubiertos.

Inicial ____ Entiendo que durante las visitas del bienestar del niño pueden surgir otros problemas que no están cubiertos por el seguro bajo la definición de visita de bienestar y, por lo tanto, puede haber cargos por estos servicios adicionales.

Inicial ____ Entiendo que si, después de 60 días de la facturación, no pago el saldo adeudado en mi cuenta, se pueden tomar medidas adicionales, incluida la solicitud de asistencia de una agencia de cobranza externa, a menos que se hayan hecho arreglos previos para pagar el saldo pendiente y aprobado por Pediatric Associates of Durango. Si mi cuenta se envía a cobros, entiendo que habrá cargos adicionales asociados con el proceso de cobranza además del saldo adeudado.

Inicial ____ Estoy consciente de que el hospital, el proveedor o el laboratorio individual al que me remiten me facturarán por ese servicio y que Pediatric Associates of Durango no tienen control sobre esta facturación. Esto incluye cualquier condición preexistente. Si hay un problema con esta facturación, me pondré en contacto con el hospital correspondiente o con el consultorio de otro proveedor.

Inicial ____ Estoy de acuerdo en proporcionar a Pediatric Associates of Durango una copia de mi tarjeta de seguro antes o en mi primera visita y si mi cobertura de seguro cambia en algún momento en el futuro, acepto proporcionarles esta información actualizada.

Inicial ____ Estoy de acuerdo en pagar una tarifa de no presentación de \$25 si no me presento y/ o cancelo mi cita con menos de 24 horas de anticipación.

Inicial ____ Entiendo que puedo elegir Auto Pagar. Si pago el **monto total el día del servicio**, se aplicará un descuento por los servicios, sin incluir los laboratorios enviados desde la clínica. **Si elijo pagar con el tiempo, este descuento no se aplicará.** Además, entiendo que Pediatric Associates of Durango ofrece un programa de tarifa variable basado en las pautas federales de pobreza que utilizan el tamaño de la familia y los ingresos del hogar según lo define la Oficina del Censo. Se requiere comprobante de ingresos y la participación en el Programa de tarifas móviles debe ser aprobada por Pediatric Associates of Durango.

Firma del paciente o padre/ guardián si el paciente es menor de 18 años

Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre Impreso