

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____

Póliza De Crédito
El Paso Pediatric Associates, P.A.

Gracias por elegirnos como sus proveedores de atención médica. Nos comprometemos a proporcionarle atención médica de alta calidad para sus hijos.

Estamos haciendo todo lo posible por mantener bajo el costo de su atención médica. Con esto en mente, le proporcionamos una copia de nuestra póliza de crédito. Si tiene alguna pregunta sobre esta, favor comuníquese a nuestro departamento de financiamiento.

Pago por nuestros servicios es requerido el mismo día de su visita, al menos que otros arreglos se hagan por adelantado. Planes de seguro médico suelen tener un deducible, coaseguro o el copago, que es responsabilidad del suscriptor para pagar. Los copagos deben ser liquidados al momento de servicio independientemente de quien sea la persona que acompañe al niño(a) a la consulta al médico.

La responsabilidad de pago por los servicios para cualesquier dependiente, niños cuyos padres estén divorciados, recae sobre el padre que busca tratamiento médico. Cualquier tribunal que ordene el juicio de responsabilidad, debe determinarse entre las personas implicadas sin la inclusión de nuestra oficina. Se ofrece un descuento al liquidar el pago en su totalidad al momento de servicio. Si no se hace el copago al momento, pudiera aplicarse una tarifa. No mandamos facturas a las compañías de seguros secundarias por copagos.

MÉTODOS DE PAGO

Formas de pago aceptables son efectivo, cheque personal, y la mayoría de tarjetas de crédito. Se impondrá un cargo de \$35.00 a cheques sin fondos. Si se encontrase en dificultad económica, favor llame a nuestra oficina de cobranzas al 915-593.2101 para hacer arreglos.

SALDOS PENDIENTES

Cargos restantes de más de 60 días de la fecha de servicio se consideran vencidos. Toda cuenta vencida se requiere hacer arreglos en la oficina de cobranzas antes de programar citas para examen médico.

Formas de examen médico para escuelas, campamento o deportes no serán proporcionadas a pacientes con cuentas vencidas al menos que se hicieran arreglos por delante con la oficina de cobranzas.

Saldos con más de 90 días de retraso se consideran seriamente delincuentes y serán enviados a una agencia de colección. Falta de pago por los servicios prestados puede resultar en despedida de nuestra clínica.

PÓLIZAS DE SEGURO

Como cortesía a nuestros clientes, enviamos su reclamo a los seguros participantes. Si usted no tiene seguro médico con alguno de estos, usted será el responsable de liquidar su cuenta al tiempo de servicio. A menudo, nosotros no tenemos conocimiento de que cargos o beneficios sean cubiertos o no por su póliza. Unas pólizas varían de acuerdo a los contratos que existan dentro de la póliza de grupo del empleado. Le sugerimos que usted se familiarice con su plan de seguros. No cambiaremos un diagnóstico o razón de visita para dar cabida a su póliza. Algunas no cubren el examen médico de rutina. Usted debe mostrar su tarjeta de identificación de su seguro en cada visita para así confirmar que toda la información este correcta.

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____

Le pedimos que por favor nos notifique cuando algún dato cambie en su plan de seguro.

Es muy importante que los bebés recién nacidos sean inscritos en su póliza médica cuanto antes. Si el bebé no es inscrito dentro de 30 días de haber nacido, no tendrá cobertura dentro de su póliza y es usted el responsable por los gastos médicos de el bebé.

RESPONSABILIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

Menores de 18 años deben ser acompañados de un padre, tutor legal, ó por un adulto que tenga consentimiento de los padres ó bien, tutor legal para su tratamiento médico. Una excepción es un adolescente que se presente para servicios confidenciales. La ley estatal nos permite proporcionar servicios médicos sin la obligación de notificar a los padres de este(a).

REMISIONES

Cuando su plan de seguro requiriera una remisión, debe obtener esta de nuestra oficina antes de consultar al especialista. Le suplicamos que se haga esto por adelantado si es posible ya que remisiones solicitadas el mismo día tienen un cobro de \$35.00 al momento que esta se le entregue. Esta remisión usted puede solicitar de lunes a viernes a partir de las 9:00am a 4:30pm ya sea en una de nuestras oficinas, 650 Belvidere ó 1160 Saddle Bronc, ó bien a los teléfonos 533-1441 ó 593-2033. Le sugerimos que tenga usted disponible la información necesaria como el nombre, número telefónico, nombre de su compañía de seguro y nombre del especialista.

CITAS PERDIDAS/CANCELACIONES TARDÍAS

Citas que se pierden no son únicamente costosas para nosotros, sino también para usted y para otros pacientes que pudieran haber utilizado el tiempo reservado para su hijo(a). Las citas necesitan ser canceladas con 24 horas de anticipo. Nos reservamos el derecho de imponer un cobro de \$25.00 por las citas perdidas ó por cancelaciones de menos de 24 horas de anticipo. Exceso de citas perdidas sin aviso pudiese resultar en despedida de nuestra clínica.

FORMAS PARA PARTICIPACION EN DEPORTES, PARA LA ESCUELA Ó CAMPAMENTO

Estas se le proporcionan a usted después del examen anual de su hijo(a). Si necesita una forma adicional antes de su próximo examen anual, habrá un costo de \$10.00 al momento de entregarle a usted la forma.

He leído y entiendo la póliza financiera de El Paso Pediatric Associates. Estoy de acuerdo que si mi deuda estuviese vencida y sin pago, esta será enviada a una agencia de cobranzas y me hago responsable por los gastos incurridos de esta agencia.

Certifico que la información proporcionada es correcta. Autorizo la liberación de cualesquier información médica para procesar un reclamo. De igual manera, autorizo que el pago se haga directamente a nombre de El Paso Pediatric Associates, P.A. y el permiso de esta autorización para ser utilizada en lugar de copia original e incluyo mi consentimiento para compartir información a otros proveedores médicos a los cuales mi hijo(a) sea remitido.

Firma del Responsable _____

Fecha _____ Teléfono _____

