



NOMBRE DEL PACIENTE: _____

Poliza Financiera

¡Gracias por elegir Asheville Pediatric Associates! Estamos comprometidos a brindar una atención excepcional al paciente para usted y su familia. Los proveedores de Asheville Pediatric Associates, P.A. estan totalmente de acuerdo con las recomendaciones de la Academia Estadounidense de Pediatría de que su hijo reciba controles regulares programados y un seguimiento de rutina de afecciones crónicas como asma, TDAH (**Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad**) y obesidad. Estas visitas pueden incluir formularios de desarrollo, laboratorios de rutina y pruebas de audición y visión.

Revise nuestra poliza financiera y las hojas de información de facturación 101. Estos están disponibles en nuestro sitio web, pero si tiene alguna pregunta, no dude en consultar a un miembro de nuestro personal.

Recién Nacidos

Asegúrese de agregar a su recién nacido a su plan de seguro dentro de los 30 días posteriores al nacimiento

Durante el primer mes de vida, la mayoría de las visitas de su hijo se consideran visitas de bienestar. Sin embargo, si su hijo tiene dificultades para aumentar de peso, tiene ictericia o está siendo tratado por otra afección, la visita no se considerará de rutina y requerirá un copago.

Circuncisiones: Nuestros proveedores pueden realizar circuncisiones en nuestra oficina, no en el hospital. Consulte con su compañía de seguros para confirmar que este es un servicio cubierto, ya que varía según el plan.

Cargos

- Cobramos por todos los servicios/procedimientos realizados por nuestros proveedores.
- Hay un cargo fuera del horario de atención de **\$40** para nuestras visitas a la clínica sin cita en la mañana/sábados y domingos/días festivos.

o Este cargo puede o no estar cubierto por su compañía de seguros

• Si está aquí para un control de rutina y surgen otros problemas además del control de rutina (cualquier problema que no se considere bienestar), o lo atienden por problemas de mantenimiento de la salud, como TDAH, el proveedor facturará una visita adicional al consultorio y es posible que incurra en un cargo aparte. ES DECIR. Copago, deducible, coseguro.

***Tenga en cuenta que si se requieren laboratorios externos o servicios de rayos X, recibirá una factura por separado de esas instalaciones. ***

Pago

***** LAS VISITAS DE BIENESTAR PUEDEN O NO SER PROGRAMADAS HASTA QUE LOS SALDOS PENDIENTES SE PAGUEN POR COMPLETO O SE HAYA ARREGLADO EL PLAN DE PAGO. *****

- Solicitamos que los saldos se paguen dentro de los 30 días de su estado de cuenta inicial, a menos que se hayan hecho arreglos previos.
- Los copagos se cobrarán en cada visita. No cobraremos copagos por adelantado para los chequeos, pero es posible que se le facture uno según su plan de seguro.
- Como cortesía, presentaremos sus reclamos a su compañía de seguros.
- We are in network with all major insurance carriers. We will accept copays and then file your insurance.
- Si tiene alguna pregunta sobre si estamos en la red con su plan en particular, comuníquese con su compañía de seguros.

- Cualquier saldo pendiente se cobrará en cada visita junto con su copago.
- Los pacientes sin seguro deben pagar \$200 al momento del servicio. Cualquier saldo adicional debe pagarse al hacer el check-out.
- Le pedimos que presente su tarjeta de seguro en cada visita. Si no podemos verificar su cobertura de seguro, se considerará que no tiene seguro y se requerirá el pago al momento del servicio.
- Aceptamos las principales tarjetas de crédito, efectivo y cheques. El pago también se puede realizar por teléfono y en línea sin cargo adicional.
- Ofrecemos planes de pago a pedido

Colecciones

- Consideramos su cuenta morosa si no se paga dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su estado de cuenta.
- Hacemos una llamada telefónica de cortesía como recordatorio de que la cuenta está vencida.
- Después de 90 días de falta de pago, su cuenta será considerada para cobros.
- Una vez que su cuenta esté en cobranza, corre el riesgo de que lo despidamos de nuestra práctica.

He leído la política anterior y comprendo que seré responsable del pago de los servicios no cubiertos por mi plan de seguro.

Firma _____ **Fecha** _____