

## Política Financiera de Kids Clinic

Estamos comprometidos a proveerle con el mejor cuidado. Nuestras tarifas reflejan nuestro compromiso con la excelencia profesional. Si usted tiene seguro, estamos encantados de ayudarle a recibir los beneficios máximos permitidos. Con el fin de alcanzar estas metas necesitamos su ayuda y su comprensión de nuestra política de pago.

**Política de Pago:** El pago de dinero en efectivo, cheque, tarjeta de débito o de crédito. Todos los co-pagos deben ser pagados en la fecha de servicio. Si usted tiene un deducible alto le pediremos que realice un pago a los cargos. Para los pacientes que no tienen seguro de salud, el pago en su totalidad en la fecha de servicio debe ser recibido. Por favor póngase en contacto con nuestra oficina para nuestros honorarios. El pago total se debe dentro de 30 días de estado de cuenta a menos que otros arreglos de pago se han hecho. Todos los saldos pendientes de pago después de 30 días (a partir de la primera declaración) se les cobrará \$ 5.00 *por cada fecha pendiente de servicios en un máximo de \$ 15.00 por cada cuenta de familia.* En estas cuentas, un acuerdo de pago debe ser *establecido y firmado.* Si el acuerdo se rompe en cualquier momento el contrato *será nula y la totalidad del saldo se deberá.*

**PADRES DIVORCIADOS:** Ambos padres son responsables de manera equitativa de los gastos de atención médica, de su hijo (s) al menos que un mandato judicial disponga lo contrario. Las disputas entre los padres no serán arbitrados por la Clínica de Niños. "Kids Clinic"

**CHEQUES DEVUELTOS:** Vamos imponer una cuota de \$ 20.00 por cada cheque devuelto. El pago por el cheque devuelto y cantidad no pagada se debe pagar con tarjeta de crédito o dinero en efectivo.

**FACTURACIÓN DE SEGUROS:** Como una cortesía, se le factura de la mayoría de las compañías de seguros directamente. Tenga en cuenta, esto no garantiza el pago y la responsabilidad final de la cuenta es suya. Se le enviará una declaración cada mes si usted tiene un balance de la cuenta.

**ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:** Yo autorizo a mi compañía de seguros (s) remitir el pago de beneficios por cualquier reclamo a la Kids Clinic. Entiendo que los gastos que no son elegibles o no cubiertos son mi responsabilidad.

Asigno Kids Clinic, como un representante autorizado para: (1.) someter cualquier y todas las apelaciones cuando mi compañía de seguros me niegue beneficios a los cuales tengo derecho, (2) presentar cualquiera y todas las solicitudes de información sobre los beneficios de mi compañía de seguros, (3) iniciar quejas formales a cualquier agencia estatal o federal que tiene jurisdicción sobre mis beneficios, y (4) liberar toda la información médica necesaria para procesar mis reclamos. Yo autorizo a cualquier administrador de plan o compañía de seguros para liberar cualquier y todos los documentos del plan, la póliza de seguro y/o asentamiento de información previa solicitud por escrito de la Kids Clinic.

---

Firma de padre o tutor

Imprimir el nombre

---

Nombre de Paciente

Fecha