

PEDIATRIC PARTNERS, LLC
750 EAST 29TH STREET FREMONT, NEBRASKA 68025
TELÉFONO (402) 753-2900
FAX (402) 753-2926

POLÍTICA FINANCIERA DE PAGOS

A. Responsabilidad personal

El/la que suscribe ("yo") comprende que es responsable de todos los aranceles y gastos médicos vigentes al momento en que se proporcionen los servicios, indistintamente de toda cobertura de seguro. Reconozco que, si un paciente no tiene seguro al momento del servicio, podrá solicitarse un pago. Si no puedo realizar el pago al momento del servicio, entonces comprendo que podrá pedírseme reagendar la consulta para el momento en que el seguro entre en vigencia o en que pueda realizarse el pago. Pediatric Partners, LLC ("Clínica") acepta efectivo, cheques personales, VISA, MasterCard, Discover Card y American Express.

B. Seguro

Comprendo que la Clínica, a modo de cortesía, registrará un reclamo ante mi compañía de seguros. Muchos planes de seguros requieren de un copago para las consultas en la oficina. **Este copago deberá ser pagado al momento del servicio o la compañía de seguros podrá exigir un reembolso de las sumas de dinero pagadas y toda la consulta pasará a ser de responsabilidad del garante.** Si el garante no está realizando copagos de manera crónica, al momento del servicio, es posible que le pidamos que reagende su consulta. A fin de asegurarnos de que la Clínica tenga la información correcta sobre el seguro, acuerdo presentar el seguro utilizado en cada consulta. Entiendo que es mi responsabilidad revisar mi declaración mensual y contactar a Pediatric Partners de inmediato para informar sobre todo error que pueda observarse, ya sea en la facturación de los seguros o en el registro de los pagos.

C. Cesión de beneficios

Cedo todos los beneficios a la Clínica y autorizo el pago directo a ella de todos los beneficios del seguro o de los beneficios de Medicare/Medicaid a los cuales yo o el paciente puedan tener derecho. Esta cesión incluye, específicamente, entre otros, las ganancias y los beneficios principales médicos y por discapacidad, además de las ganancias y los beneficios devengados por todo acuerdo, estructurado o de otra manera, o laudo en una acción legal por lesiones y daños causados por un tercero. Acuerdo pagar todos los cargos no pagados conforme a esta cesión; y una fotocopia de esta cesión será igual de válida que un original. Comprendo que soy financieramente responsable ante la Clínica como el paciente, padre, tutor, procurador, asegurado o garante, por todos los cargos no cubiertos por la cesión precedente, cuyos cargos podrán incluir deducibles por seguro médico o coseguros. Comprendo que firmar como garante significa que, si el paciente no le paga a la Clínica todos los cargos debidos, yo, como garante, seré responsable de dicho pago.

D. Divulgación de registros médicos

Autorizo a la Clínica y a todo Médico, Asistente Médico, Enfermera o Personal de la oficina de aquella a divulgar toda información médica sobre el paciente, que sea necesaria para determinar los beneficios que puedan ser pagaderos por los servicios brindados.

E. Coordinación de los beneficios

Reconozco y autorizo a la Clínica a coordinar los beneficios entre múltiples pagadores potenciales, pero entiendo que es la responsabilidad del asegurado, padre, tutor, procurador o garante contestar toda consulta de las compañías de seguro y que podrán facturarme los saldos que las compañías rechacen debido a este motivo.

F. Acuerdos de pagos

Entiendo que soy responsable de contactar al Representante de Cuentas de Pacientes de la Clínica al (402) 753-2900 y de realizar acuerdos de pago los saldos debidos. Acuerdo que todas las cuentas deben recibir los pagos dentro de treinta (30) días, a fin preservar su buen cumplimiento y evitar intentos de cobro.

G. Recargos de intereses

Entiendo que las cuentas con saldos pendientes con noventa (90) días de antigüedad quedarán sujetas a recargos de intereses del 1.5 % sobre todos los saldos pendientes. Todos los recargos de intereses se calculan por paciente cada 30 días.

H. Declaraciones del paciente

Entiendo que la Clínica utiliza "Facturación al Garante", es decir, que todos los pacientes enumerados para un Garante recibirán una declaración por mes. Además, la Clínica no podrá ofrecer y no ofrecerá declaraciones separadas (es decir, por separación/divorcio). Las declaraciones son generadas mensualmente para todas las cuentas con saldos mayores de USD \$4.99; si una cuenta tiene un saldo menor de USD \$4.99, la Clínica generará estas declaraciones semestralmente, en junio y en diciembre.

I. Agencia recaudadora

Entiendo que las cuentas morosas, sin actividad durante sesenta (60) días, quedarán sujetas a intentos de cobro, lo que incluye llamadas telefónicas y cartas. Si estos intentos de cobro internos fallaran, la cuenta podrá ser derivada a la Agencia recaudadora de la Clínica. Acuerdo que se agregará un arancel de USD \$12 a las cuentas que hayan sido derivadas a dicha Agencia. A fin de evitar esta acción, entiendo que podré contactarme con el Representante de Cuentas de Pacientes de la Clínica, a fin de acordar un acuerdo de pago para solucionar la morosidad.

J. Retiro de los servicios profesionales

Entiendo que las cuentas que sean presentadas en quiebra dos (2) veces serán retiradas de los servicios profesionales y toda cuenta otorgada a una Agencia recaudadora dos (2) veces será retirada de los servicios profesionales. Esto abarcará a todas las cuentas de pacientes enumeradas para el asegurado, padre, tutor, procurador o garante.

K. Reconocimiento

Reconozco que, si tuviera alguna duda sobre la Política Financiera de Pagos precedente, podré contactarme con el Representante de Cuentas de Pacientes de la Clínica al (402) 753-2900. He leído esta Política Financiera de Pagos, he resuelto mis dudas y estoy de acuerdo con sus términos.

Firma del asegurado, padre, tutor,
Procurador o Garante

Firma del paciente (si es mayor de 19 años de edad)

Nombre en mayúscula del asegurado, padre, tutor,
Procurador o Garante

Nombre en mayúscula del paciente

Fecha

Fecha