

Pediatric Care Group, P.A.
PATIENT FINANCIAL POLICY

In order to reduce confusion and misunderstanding between our patients and the practice, we have adopted the following policy. If you have any questions, please discuss them with our billing staff or office manager. We are dedicated to providing the best possible care and service to you and regard your complete understanding of our financial policies as an essential element of your care and treatment.

- Your insurance policy is a contract between you and your insurance company. As a courtesy, we will file your insurance claim for you if you assign the benefits to the doctor – in other words you agree to have your insurance company pay the doctor directly. If your insurance company does not pay the practice within a reasonable period, we will have to look to you for payment. If we later receive a check from your insurer we will refund any overpayment to you.
- We have made prior arrangements with many insurers and other health plans to accept an assignment of benefits. We will bill those plans with whom we have an agreement and will only require you to pay the copayment at the time of service. We will collect the copayment when you arrive for your appointment. **There will be a \$10 billing charge if copayment/coinsurance is not paid at the time of service.**
- Unless other arrangements have been made in advance by either yourself or your health coverage carrier, full payment for office services are due at the time of service. For your convenience we will accept personal checks, VISA, and MasterCard. There is a \$25 return check charge.
- If you have insurance coverage with a plan with whom we do not have a prior agreement, we will prepare and send the claim for you on an unassigned basis. This means your insurer will send the payment directly to you. Therefore, our charges for your care and treatment are due at the time of the service.
- All health plans are not the same and do not cover the same services. In the event your health plan determines a service to be “not covered,” you will be responsible for the complete charge. Payment is due upon receipt of a statement from our office.
- For all services provided in the hospital, we will bill your health plan. Any balance due is your responsibility and we will bill you for these balances.
- For all services rendered to minor patients, we will look to the adult accompanying the patient for payment.
- In order to provide the best possible service and availability to all our patients, please call us as early as possible if you know you will need to reschedule your appointment. **There is a no show fee if appointment is not cancelled at least 24 hours in advance.**
- If your account is sent to an outside Collection Agency and you return after the bad debt is paid, there will be a reactivation charge (which must be paid by cash or credit care) of the bad debt balance.
- Patients Financial Policy is subject to change at physicians’ discretion, without prior notice.
- You will incur a fee for all calls made after hours.

I have read and understand the financial policy of the practice and agree to be bound by its terms. I also understand and agree that such terms may be amended from time-to-time by the practice.

Signature of Patient or Responsible Party if a Minor

Date

Please Type the Name of the Patient

Pediatric Care Group, P.A.

NORMAS DE LAS FINANZAS PARA EL PACIENTE

Hemos aprobado la siguiente norma, con el fin de evitar confusión y malentendidos entre nuestros pacientes y el consultorio. Si tiene preguntas, por favor consulte con nuestro personal de facturas o supervisora. Nos dedicamos a proveerle el mejor cuidado y servicio posible y consideramos su total entendimiento sobre nuestras normas de las finanzas como un elemento esencial de su cuidado y tratamiento.

- Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguro. Como una cortesía, le mandaremos su reclamación al seguro si usted le asigna los beneficios a su médico – en otras palabras, usted está de acuerdo en que su compañía le pague directamente al médico. Si su compañía de seguros no le paga al consultorio en un periodo de tiempo razonable, tendremos que cobrarle a usted. Si más adelante recibimos un cheque de su compañía de seguros, le devolveremos a usted cualquier cantidad que haya pagado de más.
- Hemos hecho acuerdos previos con muchas compañías de seguro y otros planes de salud para que acepten asignación de beneficios. Mandaremos la cuenta a aquellos planes con los cuales hemos hecho un acuerdo y usted solo tendrá que pagar su cuota en el momento de ser atendido. **Esta se le cobrará cuando usted llegue a su cita, si no se paga en ese momento, se hará un cargo adicional de \$10.**
- Debe hacer su pago completo por los servicios del consultorio en el momento de ser atendido, al menos que haya un acuerdo con anticipación por usted o su seguro de salud. Para conveniencia suya, aceptamos cheque personales, “VISA” y “MasterCard.” Se cobrará \$25 por cualquier cheque que sea devuelto por el banco.
- Si usted tiene cobertura con un plan con el cual nosotros no tenemos acuerdos previos, prepararemos y mandaremos su cuenta en una forma no asignada. Esto quiere decir que su compañía de seguro le mandará el pago directamente a usted. Por lo tanto, nuestros cobros por su cuidado y tratamiento deberán ser pagados en el momento de ser atendido.
- No todos los planes de seguro son iguales y no cubren los mismos servicios. En caso de que su plan de salud determine que cierto servicio “no está cubierto,” usted será responsable por la cantidad completa. El pago debe hacerse tan pronto reciba la cuenta de nuestro consultorio.
- Por todos los servicios del hospital, le mandaremos la cuenta a su plan de salud. Cualquier balance será su responsabilidad y la cuenta se la mandaremos a usted.
- Por todos los servicios a pacientes menores, le cobraremos al adulto que lo acompaña.
- Con el fin de proveer el mejor servicio posible y disponibilidad a nuestros pacientes, por favor llámenos lo más pronto posible si sabe que tiene que cambiar su cita. **Se cobrará un honorario si la cita no es cancelada por lo menos con 24 horas de anticipación.**
- Si su cuenta es enviada a una agencia de cobranzas y usted decide regresar a nuestra oficina después de que su cuenta se haya saldado; tendrá que pagar un cargo de reactivación del balance que usted debía anteriormente (el cual tendrá que pagar en efectivo o con tarjeta de crédito.)
- Normas de Finanzas para el paciente son sujetas a cambio a la discreción de los médicos sin previa notificación.
- Usted incurrirá un costo por llamadas hechas después de horas laborables.

He leído y entendido la norma de las finanzas del consultorio y estoy de acuerdo a estar obligado a sus términos. También entiendo y estoy de acuerdo que estos términos pueden ser corregidos de vez en cuando por el consultorio.

Firma del Paciente o la Persona Responsable si es menor de edad

Fecha

Por Favor Escriba el Nombre del Paciente