



DAVENPORT PEDIATRICS
CRÉDITO Y POLÍTICA FINANCIERA

INFORMACIÓN DEL SEGURO

SEGURO PRIMARIA: _____ TELÉFONO: (____) ____ - _____

DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____ RELACIÓN AL PACIENTE: _____

NÚMERO DE PÓLIZA: _____ NÚMERO DE GRUPO: _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO: _____ FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO: ____/____/____
MM DD YYYY

Si el paciente tiene hermanos (hermanos o hermanas) que tienen la misma póliza de seguro:

NOMBRE DEL NIÑO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____
MM DD YYYY

NOMBRE DEL NIÑO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____
MM DD YYYY

NOMBRE DEL NIÑO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____
MM DD YYYY

CRÉDITO Y POLÍTICA FINANCIERA

Davenport Pediatrics, P.A. desea informarle de sus políticas con respecto a las responsabilidades financieras asociadas con los servicios prestados a usted o a un miembro de su familia de hogar.

Seguro

Los copagos son exigibles y pagaderos en el momento de la visita. Como una cortesía para usted, se factura a su compañía de seguros siempre tenemos la información de facturación correcta en el momento del servicio. Si una reclamación se niega porque no han proporcionado información correcta, los cargos se transferirán a su responsabilidad. Usted es financieramente responsable de cargos considerados por la compañía de seguros que facturables al paciente. Debe estar familiarizado con su cobertura especial y cualquier requisito para pre-autorización, deducibles y limitaciones en bien del niño visitas, servicios de laboratorio, vacunas y otros procedimientos.

También será responsable de cualquier reclamación denegada por la compañía de seguros. La compañía de seguros puede rechazar una solicitud para cualquiera de las siguientes razones:

- (1) Davenport Pediatrics es un proveedor de fuera de la red o Davenport Pediatrics no participar con su compañía de seguros.
- (2) La reclamación es rechazada porque no había ninguna cobertura de seguro en el momento del servicio.
- (3) Davenport Pediatrics no era el médico de atención primaria asignada para el paciente o su compañía de seguros.
- (4) El procedimiento o laboratorio de trabajo no es un servicio cubierto o beneficio por su compañía de seguros.
- (5) Su compañía de seguros aún está esperando información adicional que han solicitado el padre / guardián del paciente.
- (6) Su compañía de seguros ya ha efectuado el pago y el saldo restante es su responsabilidad.
- (7) Sólo los gastos de hospital están cubiertos por su compañía de seguros.

Puede haber otras razones que la compañía de seguros puede rechazar una reclamación presentada en su nombre. Si hay dudas en cuanto a su decisión(es), debe contactar a su compañía de seguros inmediatamente.

Cuenta de Caja

Si no se aporta la prueba de seguro, su cuenta se considerará una cuenta de caja y pago íntegro de todos los cargos será necesario en el momento del servicio.

En este momento, incluso si eres capaz de proporcionar posteriormente información verificable del seguro y el plazo para el seguro de facturación no ha caducado (generalmente de 45 días), **no** podremos facturar los cargos a su compañía de seguros para usted.

Pago

El extracto de facturación que recibirá mostrará saldos pacientes debido, además de los pagos de la compañía de seguros y en espera de cantidades.

Saldos pacientes vencen desde tras la recepción de la declaración.

Cita

Recuerde que su turno está reservada sólo para usted. Los horarios están llenos cada día y debemos dejar suficiente espacio en nuestra programación a niños enfermos en el mismo día. Si su nombramiento es cumplido o cancelado con el aviso de menos de 24 horas, considere la posibilidad de que otro niño podría se han visto en ese momento. Nos reservamos el derecho a cobrar una cancelación de \$25 o cuota de "no show". Para ver a cada paciente a tiempo, su nombramiento deba ser reprogramado si llegas 10 minutos o más tarde.

Cheques devueltos

También sería responsable de los 35 \$ devuelve la tasa de comprobación de que el Banco cobrarían en caso de que el cheque emitido por usted es devuelto a nosotros por cualquier motivo. También debe consultar con su institución financiera para cualquier otras tarifas que te cobran.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO DE SALUD

Autorizo a DAVENPORT PEDIATRICS, P.A. para recoger en mi nombre cualquier beneficios médicos y seguros por pagar a mí por los servicios que han prestado y asignan el pago. I autorizar y asignar el pago de los beneficios médicos y seguros aplicables a los servicios citados en el formulario de reclamación a DAVENPORT PEDIATRICS, P.A. Esta asignación permanecerá en efecto hasta revocado por mí por escrito. Una fotocopia de esta forma se considera válida y eficaz como el original.

Entiendo que esta asignación no me exime de cualquier responsabilidad que pueda tener cualquier pago de cargos que no están cubiertos por la compañía de seguros. Entiendo que yo puedo ser responsable cualquiera o todos los cargos no pagados en esta cuenta. He leído y entendido la política financiera de DAVENPORT PEDIATRICS, P.A. y acepta obligarse por sus términos también entiende y acepta que dichos términos podrán ser modificados por DAVENPORT PEDIATRICS, P.A. en cualquier momento.

NOMBRE IMPRESO DE PADRE/ GUARDIÁN: _____

FIRMA DE PADRE/ GUARDIÁN: _____ FECHA: ____/____/____
MM / DD / YYYY