

Políticas Financieras / Resolución de Seguros

<p>Responsabilidad Financiera</p> <ul style="list-style-type: none"> Los pacientes tienen una responsabilidad financiera con PediatriCare of Northern VA por los cargos incurridos por los servicios profesionales prestados. PediatriCare acepta Visa, Mastercard, Discover y American Express, así como cheques personales, giros postales y efectivo. Si el/los paciente(s) tienen cobertura de seguro médico, con gusto enviaremos la factura a su compañía de seguros. PediatriCare trabajará con los pacientes para garantizar que reciban la mejor atención médica disponible y que dicha atención no se convierta en una carga financiera. Consulte las Políticas Generales de la Oficina para conocer otros servicios que pueden tener cargos asociados.
<p>Seguro Médico</p> <ul style="list-style-type: none"> Para cada cita, nuestro personal verificará su elegibilidad antes o al momento del registro. Por favor, traiga su tarjeta de seguro a cada cita y notifiquenos lo antes posible si su seguro cambia. Participamos con muchos planes diferentes y no podemos conocer los beneficios de la póliza de cada paciente. Por lo tanto, le recomendamos que haga todo lo posible por entender los niveles de cobertura de su seguro, el copago, el deducible y las responsabilidades de coseguro. Aceptar su seguro no garantiza los beneficios ni el pago. Usted será responsable de cualquier saldo no cubierto por su plan. Medicaid – Aceptamos la asignación de Medicaid, por lo que todos los pagos de Medicaid se harán directamente a PediatriCare of Northern VA. Nosotros facturamos Medicaid directamente. Medicare – Aceptamos la asignación de Medicare, por lo que todos los pagos de Medicare se harán directamente a PediatriCare of Northern VA. Facturamos directamente a Medicare y a los seguros complementarios. Seguros Contratados – Contratamos directamente con las compañías de seguros a través de los médicos empleados por nuestra organización. Todos los pagos de las compañías de seguros se harán directamente a PediatriCare of Northern VA. Si la compañía de seguros que usted designa es incorrecta para los servicios prestados y no presentamos la reclamación dentro del plazo establecido, el paciente será responsable por el monto total adeudado.
<p>Servicios No Cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> Por favor, tenga en cuenta que hay algunos servicios que su seguro puede no cubrir. Estos servicios pueden incluir: pruebas de visión, pruebas de audición, pruebas de detección del desarrollo/salud mental y análisis de laboratorio realizados en la oficina. Estas son pruebas importantes que se consideran estándares de atención pediátrica. Es responsabilidad del padre/tutor conocer qué beneficios no están cubiertos por el programa de seguro en el que participan. Si tienen preguntas sobre su cobertura, deben comunicarse con el departamento de recursos humanos, su agente de seguros o directamente con la compañía de seguros. Además, el padre/tutor es completamente responsable por todas las tarifas que sean rechazadas como servicios no cubiertos, así como por deducibles, coseguros y copagos.
<p>Días Festivos Federales / Días Festivos Federales Observados</p> <ul style="list-style-type: none"> Cualquier cita que se realice en un día feriado federal o día feriado federal observado tendrá un cargo adicional de \$60 que se facturará a su compañía de seguros. Si su seguro no lo cubre, el pago será responsabilidad del paciente.
<p>Saldo, Deducibles y Copagos</p> <ul style="list-style-type: none"> Los términos del contrato con las compañías de seguro médico nos obligan a cobrar los copagos en el momento en que se prestan los servicios. Los copagos no pagados en el momento del servicio tendrán un cargo adicional de \$35. Es responsabilidad del padre/tutor abrir y leer el desglose de beneficios que le envía su compañía de seguros. Después de recibir el desglose de beneficios de la compañía de seguros, cualquier saldo que se determine como responsabilidad del paciente deberá ser pagado en ese momento. Es responsabilidad del padre/custodio legal pagar todos los saldos pendientes. Estamos encantados de establecer un plan de pagos con usted si no puede pagar el saldo completo. Solo asegúrese de establecer el plan de pagos tan pronto como reciba la factura. Si creen que ha habido un error en el procesamiento de su reclamo, deben llamar directamente a la compañía de seguros. El departamento de facturación de PediatriCare estará encantado de ayudar a resolver el reclamo. La comunicación es fundamental. El examen físico anual se pospondrá hasta que todos los saldos estén pagados en su totalidad. En caso de que su cuenta sea remitida a cobranzas, todos los costos y gastos, incluidos los honorarios relacionados con el cobro, serán responsabilidad del padre/tutor. Las cuentas que sean enviadas a cobranzas serán dadas de baja de la práctica y todas las citas futuras serán canceladas.

Pacientes sin Seguro Médico y Seguros con Proveedor No Participante
<ul style="list-style-type: none"> • Si no tiene seguro, el padre/tutor es completamente responsable de todos los cargos. • Los pacientes sin seguro recibirán un descuento del 25% si el saldo se paga en su totalidad en el momento del servicio. • Se requiere el pago completo antes de ser atendido para cualquier examen físico anual. • Si nuestra oficina se considera fuera de la red por su aseguradora, el pago se debe realizar en el momento del servicio. • A solicitud, nuestra oficina puede proporcionarle un formulario de reclamo para que lo envíe a su aseguradora fuera de la red. • Tenga en cuenta que no devolveremos ni cobraremos la diferencia entre lo que ya ha pagado y el reembolso de su seguro.
Recién nacidos
<ul style="list-style-type: none"> • Tenga en cuenta que su compañía de seguros permite hasta 30 días para inscribir a su bebé recién nacido en su póliza de seguro. • Si su seguro rechaza el reclamo por inscripción tardía o por cualquier otra razón, usted es financieramente responsable de los cargos no cubiertos por su seguro. Le recomendamos encarecidamente inscribir a su bebé recién nacido inmediatamente después del nacimiento e informar a nuestra oficina con la información del seguro. • No facturamos “bajo los padres.” El niño debe estar inscrito en el seguro que estamos facturando. • Por favor, consulte la sección de Pacientes sin Seguro Médico y Seguros con Proveedor No Participante si el paciente no tiene cobertura de seguro activa 45 días después del nacimiento. Si tiene algún problema con la compañía de seguros, por favor llame a nuestro departamento de facturación de inmediato para discutirlo.
Tarjetas de Crédito/Débito Rechazadas y Cheques Devueltos
<ul style="list-style-type: none"> • Hay una tarifa de procesamiento de \$50 por una tarjeta de crédito o débito que sea rechazada por cualquier motivo. • Hay una tarifa de \$50 por todos los cheques devueltos. Emitir un “cheque sin fondos” es sancionable por la ley. Si la cuenta no se resuelve completamente dentro de los 7 días posteriores a la notificación de su banco de que los fondos no estaban disponibles, nos reservamos el derecho de cancelar todos los servicios proporcionados a su familia.
Responsable de pago
<ul style="list-style-type: none"> • Quien acompañe al niño a cada visita se espera que pague los cargos correspondientes por el servicio brindado ese día, incluyendo copagos, coseguros, deducibles, etc. • Se solicita una identificación oficial vigente al momento del servicio a la persona que autoriza los servicios de salud para el(los) paciente(s). Por favor, tenga en cuenta que si este derecho se otorga a una persona que no es el tutor legal del niño, debemos contar con una autorización por escrito del tutor legal. • El divorcio de los padres no afecta la responsabilidad por el cuidado médico, ya que esto involucra a terceros.
Decretos de Divorcio / Acuerdos Legales
<ul style="list-style-type: none"> • Si existe un acuerdo financiero entre los padres respecto a la responsabilidad económica del cuidado médico de sus hijos, dicho acuerdo es entre las partes y no involucra a PediatriCare of Northern VA. • Todos los copagos y coseguros se deben pagar en el momento del servicio y son responsabilidad del adulto que acompaña al paciente. No facturaremos a otro padre/tutor por los copagos o coseguros debidos en el momento del servicio.

He leído, entiendo completamente, acepto y me comprometo a cumplir con todas las políticas anteriores. Doy mi consentimiento para la cesión de los beneficios autorizados del seguro de salud por parte de mi aseguradora a PediatriCare of Northern VA por cualquier servicio prestado a mi dependiente o pupilo, y entiendo que el incumplimiento en realizar los pagos a tiempo puede resultar en cargos adicionales por cobranza o en la baja de la práctica. También comprendo que la práctica puede modificar dichos términos ocasionalmente.

Nino Apellido	Nino Primer Nombre	Fecha de Nacimiento

Firma	Relacion al paciente	Fecha
-------	----------------------	-------