

C & C Medical Associates, PLLC (Pediatric & Adolescent Medicine)

Reglamento Financiero

Estamos haciendo todo lo posible para mantener bajos los costos del cuidado médico. Usted puede ayudar sumamente por eliminar la necesidad de tener que mandar una factura. Lo siguiente es un resumen de nuestro reglamento en cuanto a hacer pagos.

TODOS LOS PAGOS SON REQUERIDOS AL TIEMPO DE LOS SERVICIOS DADOS

Pagos son requeridos al tiempo de los servicios dados, a menos si hay arreglos hechos anteriormente. Esto incluye la porción que le corresponde a usted y no al seguro médico, deducibles y copagos aplicables para compañías de seguro médico participantes. Pediatric Clinic acepta dinero en efectivo, cheques personales, VISA y MasterCard. Hay un cargo de servicio de \$40.00 por cheques regresados.

Cuentas con balances sobresalientes que tienen más de 90 días les será impuesto un cargo administrativo de \$10.00 al mes. Este cargo ayudara cubrir los gastos relacionados con hacer llamadas telefónicas y mandando cartas o facturas que son necesarias para coleccionar balances sobresalientes.

SEGURO MÉDICO:

Nosotros le mandamos la cuenta a su compañía de seguro médico participante como una cortesía a usted. Se requiere que usted pague su copago al tiempo del servicio. A todos los copagos fallados les será impuesto un cargo administrativo de \$6.00. Si nosotros no hemos recibido pago de su seguro médico en 45 días de la fecha del servicio porque la persona responsable careció de darles información requerida, se le va requerir a usted pagar el balance completo. Nosotros le reembolsaremos cualquier cantidad pagada por si su seguro médico reconsidera su caso al recibir su información.

Si usted ocupa asistencia o tiene preguntas por favor contactar a nuestro Coordinador de Fracturas, Lunes a Viernes 8:30am Hasta 5:00pm al (360) 425-6114.

CITAS FALLADAS/CANCELACIONES TARDES:

Citas falladas representan un gasto para nosotros, para usted y para otros pacientes quienes pudieron haber sido atendidos en el tiempo apartado para usted. Para cancelar una cita, se pide 24 horas de notificación. Nosotros reservamos el derecho de cobrar \$20.00 por citas falladas o canceladas a último momento. Abusar excesivamente de citas hechas puede resultar en que lo despidamos de la clínica. Más de 3 citas falladas en un período de 12 meses son consideradas excesivas.

ASIGNANDO BENEFICIOS Y RESPONSABILIDAD:

He leído y entiendo el reglamento financiero de Pediatric Clinic. Estoy de acuerdo asignar beneficios de seguro médico a Pediatric Clinic cuando sea necesario. También estoy de acuerdo de que si sea necesario mandar mi cuenta a una agencia de colección. Además de la cantidad debida, también seré responsable por los cargos impuestos por la agencia de colección por los gastos de colección, incluso cargo de abogado.

Firma del Asegurado o Representante Autorizado: _____

Relación al Paciente: _____

Fecha: _____