

## Política Financiera

First Name

Middle Name / MI

Last Name

Gracias por elegir **Sanger Pediatrics**: como su proveedor de atención médica. Por favor, lea atentamente las instrucciones de cada declaración y firme debajo. Esta política se ha puesto en marcha para garantizar que los pagos financieros debidos se recuperan para permitirnos continuar proporcionando atención médica de calidad para nuestros pacientes. Es importante que trabajemos juntos para asegurar que el pago de los servicios sea lo más sencillo y sencillo posible. Nuestro gerente de práctica o departamento de facturación estará encantado de discutir estas políticas con usted.

1. Entiendo que si no tengo mi tarjeta de seguro, referencia y / o co-pagos, que mi cita puede ser reprogramada hasta el momento en que pueda proporcionar los documentos o pagos requeridos.

Estoy de Acuerdo

2. Entiendo que **Sanger Pediatrics** colectará todos los co-pagos en el momento de la visita y cualquier deducible y coseguro del procedimiento hasta un monto igual al pago completo del código de procedimiento planeado. El pago en su totalidad y la responsabilidad de pago de coseguro esperado están determinados por el código de facturación anticipado, detalles de su póliza de seguro y acuerdo entre su compañía de seguros y **Sanger Pediatrics**.

Cualquier sobrepago a su cuenta le será devuelto a su solicitud después de que se haya recibido el pago y / o la remesa de su compañía de seguros.

Estoy de Acuerdo

3. Entiendo que se agregará una tarifa de servicio de \$ 25 por cualquier cheque devuelto por cualquier razón y seré responsable del pago de esta tarifa y la cantidad del cheque devuelto. Los cheques NSF deben canjearse con fondos certificados (cheque de caja, giro postal o efectivo).

Estoy de Acuerdo

4. Entiendo que si no puedo hacer una cita programada, necesito contactar a **Sanger Pediatrics** por lo menos 24 horas antes de mi hora programada de cita. Debido a una alta demanda de citas, las citas perdidas nos impiden programar adecuadamente y mantener a los demás que necesitan atención urgente de ser visto.

UNA CUOTA DE \$ 25 SERÁ EVALUADA PARA TODOS LOS NOMBRAMENTOS PERDIDOS Y \$ 50 PARA LOS PROCEDIMIENTOS PERDIDOS NO SE CANCELARÁ CON POR MÍNIMO AVISO AVANZADO DE 24 HORAS.

Estoy de Acuerdo

5. Entiendo que si mis cuentas no se pagan en su totalidad dentro de los 90 días posteriores a la fecha de la declaración, se agregará un cargo de procesamiento de la agencia de cobranza del 35% al saldo pendiente y se entregará a las colecciones para su posterior procesamiento. No se realizarán nombramientos adicionales para cuentas morosas hasta que se actualicen.

Estoy de Acuerdo

6. **Sanger Pediatrics** permitirá 60 días a partir de la fecha de presentación de mi compañía de seguros para procesar o pagar una reclamación. La ley estatal permite a las compañías de seguros que operan en el estado no más de 60 días para procesar las reclamaciones. Es mi responsabilidad proporcionar a mi compañía de seguros la información solicitada necesaria para procesar una reclamación por servicios. También es mi responsabilidad notificar a **Sanger Pediatrics** Si hay algún cambio en mi cobertura de seguro, residencia o número de teléfono.

ULTIMAMENTE, ES MISMO QUE CONOZCA MIS BENEFICIOS DE SEGURO.

Estoy de Acuerdo

**Al firmar a continuación, reconozco que he leído y estoy de acuerdo con todas las disposiciones de la política financiera mencionada. Entiendo que soy el responsable en última instancia de todos los honorarios profesionales incurridos por los servicios profesionales realizados por el médico asistente.**

Firma del Responsable:

Fecha:

---

## ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Requerimos que los pacientes asegurados completen la asignación de los beneficios que autorizan el seguro para remitir el pago a la oficina del médico.

Por este medio asigno todos los beneficios médicos y / o quirúrgicos para incluir los beneficios médicos principales a los que tengo derecho, el seguro privado y cualquier otro plan de salud a: Sanger Pediatrics. Esta asignación permanecerá en vigor hasta que sea revocada por mí por escrito. Una fotocopia de esta asignación debe ser considerada como válida como original. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos que no hayan sido pagados por dicho seguro. Por la presente autorizo a dicho cesionario a liberar toda la información médica necesaria para asegurar el pago.

Firma del Responsable:

Fecha:

---