

## REGLAMENTO FINANCIERO

### 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 medico, 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 60 días deben de comunicarse con nuestro departamento de facturas para hacer arreglos de pagos antes de poder hacer cualquier cita. Como cortesía, pagos de presupuesto se pueden arreglar para poder pagar el balance completo. Pagos de presupuesto se deben pagar mensualmente. Pagos fallados pueden resultar en que su cuenta sea asignada a una agencia de colecciones.

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.

### 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. Se pide que cancele con 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 despedamos de la clínica. Más de 3 citas falladas en los 12 meses anteriores son consideradas excesivas. Le pedimos que llegue a tiempo a sus citas. Llegar tarde a su cita rompe el flujo nítido de la clínica. Si llega más de 15 minutos tarde a su cita, puede ser que le pidamos que cambie su cita.

### DERECHO DE UN MENOR DE EDAD PARA CONSENTIR AL CUIDADO MEDICO SIN EL CONSENTIMIENTO DE UNA PADRE O MADRE O TUTOR LEGAL

Bajo la ley del estado de Washington, personas menores de edad tienen el derecho de consentir al cuidado médico sin el consentimiento de los padres o tutores. Para obtener más información, por favor consulte con la recepcionista para obtener un folleto detallado que provee más información.

Una vez la paciente queda embarazada, su cuidado médico será transferido a un proveedor que cuida pacientes embarazadas.

### 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 en 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.

Nombre \_\_\_\_\_

Firma del Asegurado o Representante Autorizado: \_\_\_\_\_

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_