



Los contratos con su aseguranza son entre usted y su compania de seguros. Nuestra compania no es parte de ese contrato. En ocasiones no todos los servicios son cubiertos al 100% por su compania aseguradora. Todo depende del plan de beneficios que usted haya escogido en su contrato con su seguro. Nuestra compania les enfatiza como supplidores de la salud que nuestra relacion es con el paciente y ustedes los padres y no con su compania de seguro. Nosotros tenemos la cortesia de enviarles la factura a su seguro por los servicios ofrecidos a su nino(a) sin embargo debe tener siempre en cuenta que los cargos por servicios recibidos son su completa responsibilidad.

Nosotros tendremos la gentileza de mandarle a su compania aseguradora la factura de los servicios proporcionados a su nino(a) y estaremos dispuestos a aceptar su pagos, sin embargo, todos los deducibles que no hayan sido completados, coaseguranza(diferencia) y copago seran collectados al momento que el servicio va a ser otorgado. Si existiera alguna diferencia con la cantidad cobrada y la que usted es responsable, esta se les comunicara a traves de los estados de cuentas que se envian mensualmente. El pago sera necesario enviarlo una vez reciba su estado de cuenta.

Si tuviese alguna pregunta en relacion a la cobertura de los servicios que le hemos proveido, le agradeceriamos que por favor se comunice con su compania aseguradora directamente para que estos les expliquen sus beneficios en su plan medico.

Si la compania de APC Pediatria es participante en la red de proveedores de su aseguranza y su poliza de seguro medico requiere que cada vez que usted visite al especialista sea referido por el doctor primario o doctor the cabecera, osea APC pediatria, es usted responsable de comunizarse con nuestra oficina y solicitar un referido o "referral". Favor solicitar su referido con 36 horas de anticipacion a su cita con el especialista. Si usted no nos comunica de su cita con el especialista en el tiempo aqui acordado, esto podria ocasionar que la oficina del especialista le cancele su cita o que La aseguranza le haga a usted responsable por los cargos de los servicios de la visita al especialista.

Los pagos por los servicios son cobrados al momento que los servicios van a ser recibido. Cualquier cantidad transferida a su cuenta siguiendo los calculos de su compania de seguro seran comunicados a usted a traves de nuestros estados de cuentas enviados mensualmente. Para su conveniencia, nosotros le ofrecemos los diferentes metodos de pagos: Aceptamos su cheque personal ya sea en persona or por correo, al igual que las tarjetas de creditos de Visa y Mastercard ya sea en persona or por via telefonica.

Habra un cargo de \$20.00 como resultado de falta de presencia a la cita confirmadas con los padres del paciente o tambien por las citas canceladas con menos de 8 horas de antelacion.

Contrato Financiero

Nuestra compania espera su pronto pago y por la cantidad en total. Un cargo adicional de \$25.00 sera incluido en la cuenta de paciente por cheques devuelto por falta de fondos

Leido y aceptado

Nombre del Paciente _____

Firma de los padres o tutores del Paciente _____

AUTHORIZACION, PERMISO Y CONSENTIMIENTO

Yo autorizo que se entregue cualquier informacion incluyendo diagnosticos y los records del tratamiento y examinacion proveida a mi nino(a) por el periodo que estubo bajo el cuidado y covertura de la compania de seguro y otro medicos de la salud.

Yo autorizo y solicito a my compania aseguradora que pague directamente a este doctor or grupo para el que este trabaja de acuerdo a los beneficios estipulados en mi poliza de suguro medico.

Es de mi entendimiento que mi seguro medico podria pagarle al doctor menos que la cantidad de la factura por los servicios recibidos. Yo me comprometo a ser responsable por los pagos de los servicios otorgados a mi nino(a). Yo entiendo y acepto que es mi responsabilidad la de pagar por los servicios recibidos. Tambien acepto que sera mi responsabilidad los cargos de la Agencia de collection si es que APC pediatrics se ve en la necesidad de ejecutar esta poliza financiera por la falta de pagos.

He leido, entendido y acordado lo que aqui esta escrito.

Nombre del Paciente _____

X _____

Firma de los padres o tutores responsable del menor

Fecha _____

Witness _____