

Pediatric Endocrine and Wellness Center, PA
DECLARACIÓN DE LA POLÍTICA FINANCIERA

2999 NE 191St Street Suite 300 - Aventura, FL 33180

Telefono: (305) 935-2441

Fax: (305) 933-4438

Querido Paciente/Padre/Guardián:

Estamos felices de aceptar su tarjeta de seguro en su visita, y haremos el reclamo con su proveedor de seguro por Ud. Esto es una cortesía dada a nuestros pacientes. Todos los reclamos de seguro serán en última instancia su responsabilidad. Porque su seguro médico es un contrato entre usted y su proveedor, no garantiza el pago a nuestro doctor y no podremos involucrarnos en discutir reclamos, deducibles, co-pagos, cargos no cubiertos o pagos denegados. Es parte de nuestro acuerdo con cualquier póliza de HMO or PPO en cobrar cualquier pago que la compañía de seguro considere responsabilidad del paciente.

Firmando este documento usted está de acuerdo en, así sea firmado como madre/padre o guardián del paciente, pagar la cuenta de Dr. Huerta en caso que su compañía de seguro no cubra los servicios dados a su hijo/a. Créditos provisionales serán aceptados para confirmar beneficios de seguro asignados a Dr. Huerta. Todos los créditos provisionales serán cobrados.

Si tiene dudas o preguntas de su cobertura de aseguransa, favor de contactarse directamente con su proveedor de seguro. Se le cobrará un cargo de \$25.00 por cualquier devolución de un cheque sin fondo. Si falla en pagar su cuenta, usted será responsable por cualquier recargo incluyendo pequeños cargos de reclamos de corte. Este cargo de procesamiento puede incluir el 33.3% de su cuenta si su cuenta fue llevada a un departamento de colección.

Adicionalmente, usted está siendo informado que firmando este documento habrá un cargo de \$25.00 por cualquier visita que no se presente y no haya sido cancelada 24 horas antes de la fecha de la cita. Este es un servicio no cubierto, dada sea la circunstancia, usted será responsable por este cargo y no su compañía de seguro.

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA _____

MADRE/PADRE/GUARDIAN _____

(circule si usted es madre/padre o guardián)

TESTIGO _____