HOLLAND PEDIATRIC ASSOCIATES, PLC

926 Washington Ave., Building C • Holland, MI 49423 • www.hollandpediatrics.com • P: 616.393.0166 • F: 616.393.0167

PÓLIZA FINANCIERA

Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención y servicio al cliente posible. Le pedimos su ayuda entendiendo y cooperando con nuestra política financiera. **Por favor, lea a fondo, complete la porción en la parte posterior y entregue a nuestra recepción para que se escanee en el registro médico electrónico de su hijo. Si desea una copia para sus propios registros, solicite una copia en recepción.**

CO-PAGOS O SALDOS SERÁN PAGADOS EL DÍA DEL SERVICIO MÉDICO

Tipos de pago aceptados: Efectivo, Cheques, Visa, MasterCard, Discover y American Express

TARJETAS DE SEGURO MÉDICO.

Le pedimos que presente la tarjeta de seguro actual de su hijo en cada visita. Esto garantiza que tengamos información precisa y actualizada del seguro para cada paciente. Como mínimo, obtenemos una nueva copia para la historia clínica del paciente cada año calendario.

Si el seguro de su hijo cambia, es su responsabilidad verificar que nosotros (Holland Pediatric Associates, PLC) somos proveedores participantes con ese plan. Le solicitamos que incluya al médico de atención primaria (PCP) del paciente si su plan de seguro lo requiere. También es su responsabilidad notificar a nuestra oficina de cualquier cambio en el plan de seguro de su hijo.

INFORMACIÓN DE SEGUROS DE SALUD

Su seguro médico es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Participamos con muchas compañías de seguros, y no podemos conocer los requisitos de cada titular de la póliza. Es su responsabilidad consultar con su compañía de seguros para ver si un médico específico participa en ese plan de seguro y cuál es su cobertura de seguro.

Para aquellos planes de seguro con los que participamos, procesaremos las reclamaciones electrónicamente. Para los planes de seguro que NO participamos con el paciente se espera que pague por los servicios y busque el reembolso por su cuenta de su compañía de seguros. Nos complace proporcionarle un recibo detallado que puede presentar a su compañía de seguros.

Debes conocer las reglas, regulaciones y políticas de pago de tu portador de pólizas. Si su seguro de salud indica que usted es responsable de pagar un copago, Holland Pediatric Associates, PLC **DEBE** cobrar un copago en el momento del servicio. Esto es parte de su contrato con su compañía de seguros. Si no se realiza el copago en el momento del servicio, se negará a su hijo a ser visto en ese momento.

Todos los menores (menores de 18 años) deben ir acompañados por un padre o tutor. El **adulto acompañante** es responsable del pago de la cuenta de acuerdo con la política descrita anteriormente.

Si un reclamo regresa como “Información pendiente”, significa que la compañía de seguros necesita más información. Póngase en contacto con el número en el reverso de la tarjeta del seguro. Debe comunicarse con la compañía de seguros. Nosotros (HPA) no somos capaces de hacer esto.

Algunos servicios no son un beneficio cubierto y no son pagados por su compañía de seguros. Si un servicio “no es un beneficio cubierto” por su compañía de seguros, se le requerirá que pague por esos servicios. Una vez que se haya registrado y conectado a nuestro portal de pacientes, puede pagar saldos a través del portal.

Usted es responsable del pago oportuno de su cuenta si su seguro no realiza el pago dentro de los 30 días.

PROCEDIMIENTO DE FACTURACIÓN PARA RECIÉN NACIDOS

Las compañías de seguros generalmente solo permiten 30 días para agregar a su recién nacido a su plan de seguro. Por favor llame a su seguro tan pronto como sea posible para que su recién nacido sea agregado. Una vez que reciba la tarjeta de seguro de su hijo, por favor proporciónenos una copia. Si no agrega a su bebé a su seguro, usted será financieramente responsable de cualquier visita.

HOLLAND PEDIATRIC ASSOCIATES, PLC

926 Washington Ave., Building C • Holland, MI 49423 • www.hollandpediatrics.com • P: 616.393.0166 • F: 616.393.0167

LOS PAGOS

Hay diferentes maneras de hacer un pago. Los pagos se aceptan en persona, por correo y llamando a nuestro departamento de facturación directamente al 616-393-9598. Si está conectado al portal del paciente, también puede realizar un pago seguro y cómodamente en el portal.

CHEQUES DEVUELTOS POR FALTA DE FONDOS

Si recibimos un cheque devuelto por fondos insuficientes, revertiremos inmediatamente el pago en su cuenta y también cobraremos una tarifa de $ 20.00 a su cuenta.

CUENTAS Y COBROS

Nuestra oficina hará todo lo posible para comunicarse con usted sobre su cuenta y presentará opciones razonables para el pago. Si tiene un saldo en su cuenta, le enviaremos un estado de cuenta mensual. Si su cuenta ha vencido más de 90 días sin ponerse en contacto con nuestro Departamento de Facturación para discutir las opciones de pago, la cuenta será entregada a cobros. Si su cuenta es enviada a nuestra agencia de cobranza, su familia será cancelada de la práctica.

Si usted está teniendo dificultades financieras, por favor háganoslo saber. Podemos ayudarle estableciendo un plan de pago mensual. Un plan de pago mensual puede ayudar a evitar los procedimientos de cobro y permitir la continuación de la atención. Póngase en contacto con nuestro departamento de facturación para obtener más información (616-393-9598).

EL NOMBRE DEL NIÑO

Primero Nombre Legal	Apellido Legal	Fecha de Nacimiento

CORRIENTE DE INFORMACIÓN DE SEGUROS

Provea información sobre el seguro del paciente en su totalidad, antes de firmar.

SEGURO PRIMARIO

Nombre de la Compañía de Seguros	Número de Contrato/Número de Identificación de Empleado	Número de Grupo	Fecha de Seguros Empezar

El Nombre del Titular de la Póliza	Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza	Relación con el Paciente	Empleador

SEGURO SECUNDARIO

Nombre de la Compañía de Seguros	Número de Contrato/Número de Identificación de Empleado	Número de Grupo	Fecha de Seguros Empezar

El Nombre del Titular de la Póliza	Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza	Relación con el Paciente	Empleador

RECONOCIMIENTO Y FIRMA

Entiendo y acepto que, independientemente de mi seguro, soy en última instancia responsable del saldo de mi cuenta por cualquier servicio profesional prestado. He leído a fondo toda la información de esta hoja y estoy de acuerdo con todo. También entiendo que los términos de la Política Financiera pueden ser modificados por la práctica en cualquier momento sin notificación previa.

NOTA: El padrastro no puede firmar por hijastros. SÓLO los padres biológicos/adoptivos y tutores legales pueden inscribirse.

Nombre (impreso): _____ Relación con el Paciente: _____
Primer Nombre Apellido

Firma: _____ La Fecha de Hoy: _____