



POLIZA DE FINANCIAMIENTO

Gracias por elegir **Healing Hearts Pediatrics P.L.C** para el cuidado médico de sus hijos. Estamos confiados en que proporcionaremos una buena asistencia médica y de calidad para sus niños. Para evitar malos entendidos, nuestra oficina ha adoptado la siguiente política financiera. Requerimos que usted la lea y este de acuerdo a obedecerla antes de empezar el tratamiento.

Seguro

Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No podemos mandar la cuenta eficientemente a su compañía de seguros a menos que usted nos provea la información actual y válida del seguro. Archivaremos demandas a esos planes con los cuales tengamos un acuerdo contractual. Como cortesía, archivaremos demandas a esos planes con los cuales no tenemos un acuerdo contractual como no asignado y la compañía de seguros le enviará el pago directamente a usted, por lo tanto el pago total se esperara al terminar la consulta.

Todos los planes de salud no son iguales y no cubren siempre lo mismos servicios o instalaciones. En caso que su plan de salud determine que no cubre los servicios prestados usted sera encargado de responder por la cuenta. Esta oficina no es responsable de disputar las decisiones tomadas por su compañía de seguros con respecto a cobertura. El pago para de los servicios prestados es esperado el día 1 del mes despues de que haya recibido su cuenta.

Esperamos que usted se familiarice con las ventajas y limitaciones de su póliza de seguro incluyendo: la cantidad deducible y del co-pago así como laboratorios, instalaciones de la radiología, y hospitales aprobados por su plan. Es su responsabilidad notificar a nuestra oficina cuando su compañía de seguros o servicios cambien. Cualquier costo causado a esta oficina que se demuestre que haya sido por error suyo porque nos proporcione la informacion incorrecta sera cargado a su cuenta..

Si usted tiene cobertura de seguro con un plan en el cual, Healing Hearts Pediatrics no participa o usted no tiene actualmente ningún seguro médico, los cargos de cuidado y tratamiento de los niños son pagaderos a la hora del servicio, a menos que arreglos financieros anteriores hayan sido programados llamando a nuestra oficina al 480-821-1400 y hablando con Janet Forrest nuestra Supervisora.

Pacientes que No Tienen Seguro Medico

Si usted no tiene Seguro Medico Healing Hearts Pediatrics a implementado una escala de pago, para aquellos pacientes que esten en necesidad de ver al doctor inmediatamente y no tengan seguro medico. Cabe aclarar que este servicio sera unica y exclusivamente para servicios a pacientes enfermos de ninguna manera se aplica a visitas anuales o chequeos generales. Este servicio esta basado en cuantas personas conforman la familia y de acuerdo al salario anual de los Padres del paciente. El formulario se podra pedir en cualquier momento, pero tendra que llenarse antes de su cita.

Deducibles/Copagos/Pagos

Nuestros contratos de seguro nos requieren recoger cantidades y co-pagos deducibles a la hora del servicio. Estas cantidades serán colectadas antes del servicio prestado. Para su conveniencia aceptamos VISA, MasterCard, cheques y efectivo. Si su cheque es devuelto por no tener fondos suficientes, le será cargado el costo del servicio que nuestra oficina tengamos con nuestro banco.

Citas

Nuestra meta es proporcionar el mejor cuidado a nuestros pacientes y administrar la mayor disponibilidad posible de nuestros médicos. Es uno de nuestros requerimientos solicitarle llamar y cancelar su cita por lo menos 24 horas antes de la cita programada. Comuníquese con nuestra oficina inmediatamente si usted cree que necesita cambiar o cancelar su cita.

Los pacientes menores de edad

Para todos los servicios prestados a los pacientes menores de edad, el padre y/o el responsable del paciente serán responsables del pago.

Información

Certifico que la información que he dado anteriormente es correcta y también que cualquier cambio a la información de la inscripción será comunicada a Healing Hearts Pediatrics P.L.C. según lo requerido para satisfacer la obligación médica y financiera por los servicios rendidos.

Autorización

Solicito y consiento que mis expedientes médicos y los expedientes que no estén escritos sean enviados a cualquier doctor al que sea referido, médicos y/o hospitales donde sea enviado por la oficina de Healing Hearts Pediatrics y a mi compañía de seguros o agentes de la misma que deban autorizar algún tratamiento. Entiendo muy bien que mis expedientes médicos pueden contener información privada y doy autorización por este medio de divulgar toda la información relacionada con VIH, enfermedades contagiosas, información acerca de drogas o abuso de alcohol, información acerca de la salud mental y/o cualquier diagnóstico. Autorizo por este medio el pago directo al médico que atiende cualquier circunstancia médica o de cirugía, si cualquiera del portador de seguro a Healing Hearts Pediatrics. Y si el pago es en efectivo, soy responsable de pagar a la hora de servicio.

Nombre del Paciente (Letra de Imprenta)

Nombre del Padre o Guandian (Letra de imprenta)

Fecha



**Reconocimiento del aviso de la practica privada Y
Conocimiento del Recibo de los derechos y Responsabilidades del Paciente**

Me han presentado una copia del aviso de la practica privada donde se me explica detalladamente como esta oficina puede utilizar o divulgar la informacion privada de la salud si fuera necesario como lo require la ley federal y del estado.

He recibido una copia de los derechos y responsabilidades del paciente **Forma para reportar cualquier inconformidad** por la oficina de Healing Hearts Pediatrics, P.L.C. y entiendo el proceso para reportar incidentes. Tambien entiendo que la copia que me presentaron es para leerla y estudiarla mientras que permanesco en esta oficina y, si asi lo requiero, se me entregara una copia de Los Derechos y Responsabilidades del Paciente y forma para reportar incidentes.

Nombre del Paciente (Letra de Imprenta)

Nombre del Padre o Guandian (Letra de imprenta)

Fecha



En caso de ausencia autorizo a las siguientes personas a tomar cualquier decision necesaria para la Buena salud de mi hijo(a).

Nombre	Relacion con el paciente

Nombre del Paciente (Letra de Imprenta)

Nombre del Padre o Guandian (Letra de imprenta)

Fecha