



Decatur Pediatric Group, P.A.

DECLARACIÓN FINANCIERA DE RESPONSABILTY

¡Leído por favor cuidadosamente!

Gracias por elegir a grupo pediátrico de Decatur como su abastecedor del cuidado médico de niño. Estamos confiados salud a su de niño con éxito de manejo. Entienda por favor que el pago de la cuenta está considerado parte de su tratamiento. Esta declaración financiera de la responsabilidad se debe leer y firmar por el guarda del niño anteriormente a cualquier tratamiento. Todos los pacientes deben también llenar el formulario nuestro paciente la información y el seguro antes de ver al doctor. Gracias por su comprensión y cooperación. Por favor sepamos si usted tiene algunas preguntas o preocupaciones.

Mientras que participamos con muchos regímenes de seguros, las cuentas cubiertas por otros planes se deben pagar por completo a la hora de servicio a menos que se hayan tomado las medidas anteriores. Aceptamos el efectivo, cheques con la aprobación anterior y la Mastercard, visa, descubre o American Express.

Seguro:

Los pacientes deben entender que los servicios están rendidos y cargados al paciente y NO a la compañía de seguros. Como una cortesía que procuraremos mandar la cuenta su seguro. Si la información que usted ha proporcionado es incorrecta, le obligarán pagar los servicios rendidos. Nos placeremos archivar las demandas de seguro para usted nos proporcionamos somos abastecedor que participa en su plan. No podemos archivar ninguna demandas sin una copia actual de la tarjeta del seguro. Si su compañía de seguros le requiere elegir un PCP, el nombre pediátrico del grupo de Decatur o del abastecedor debe estar en la tarjeta. Presente por favor su tarjeta del seguro en cada visita. Esto ayudará a asegurar que nuestros expedientes son actuales y que tenemos cualquier información pertinente nosotros podemos necesitar hacer que va la limadura de sus demandas suavemente.

Usted es responsable de saber lo que cubre su compañía de seguros. Los planes pueden diferenciar, incluso dentro de la misma compañía de seguros. Esté por favor enterado que algunos, y quizás todos los servicios proporcionados pueden ser servicios no cubiertos y no considerado inferior razonable y acostumbrado su régimen de seguros. Si usted tiene seguro suplido estado (es decir. Medicaid/Wellcare/SSI) a lo largo con de seguro COMERCIAL, el portador comercial es siempre PRIMARIO. Si usted tiene más de un portador de seguro comercial, el portador primario será el sostenedor de política con el primer cumpleaños del año (es decir. si la fecha de nacimiento de la madre es 01/05/78 y el padre es 03/31/76, entonces la madre es el pagador primario del seguro).

Otros servicios que proporcionamos cuál no se puede cubrir por su plan incluyen el asesoramiento para los problemas del comportamiento o el aprender, incluyendo AGREGAN, las conversaciones de teléfono ampliadas, y la correspondencia escrita. Le mandarán la cuenta para estos servicios directamente. Si su portador de seguro le requiere utilizar el laboratorio específico o la otra facilidad exterior, es su responsabilidad a **informe a la enfermera**. La falta de hacer tan puede dar lugar a cargas a usted, a que su compañía de seguros no cubre.

El equilibrio de cualquier demanda archivada es su responsabilidad si o no su seguro paga. **En caso que su compañía de seguros no pague en el plazo de 45 días, usted recibirá una cuenta de esta oficina. Usted será responsable del pago de esta cuenta en el plazo de 30 días de la fecha de la cuenta.**

Co-Pagos: Las compañías de seguros requieren un co-pago para **cada visita de la oficina sin importar los servicios que son realizados**. Todos los co-pagos son debidos en los registros, antes del tratamiento.

Remisiones: Esté por favor enterado que algunos planes requieren la pre-autorización antes de considerar a un especialista. Si usted ve a especialista ANTES de recibir la aprobación, usted puede ser requerido pagar fuera del bolsillo. Si usted debe tomar a su niño en la facilidad urgente del cuidado después de horas o el fines de semana, entre en contacto con por favor nuestro departamento de la remisión en la extensión **827** en el día laboral así que nosotros próximo puede hacer una remisión para usted.

Citas faltadas: Todas las visitas están por citas solamente. A menos que esté cancelado 24 horas antes del tiempo de la cita, hay el honorario **\$25.00** un honorario administrativo para las citas "ENFERMAS" y **\$50.00** para las citas faltadas faltadas del "EXAMEN BIEN". Ayúdenos por favor a servir a le y a todos nuestros pacientes mejor guardando citas programar.

He leído y entiendo la declaración financiera de la responsabilidad. Convengo estas condiciones.

Fecha de X _____ : _____
Firma del partido responsable

Enumere por favor a todos los niños (con 1st y nombres pasados) y sus cumpleaños:

Fecha de nacimiento del _____ el _____

Fecha de nacimiento del _____ el _____

Fecha de nacimiento del _____ el _____

Fecha de nacimiento del _____ el _____

Pagos pueden ser hechos por internet en www.decaturpediatrics.com