

# PEDIATRIC ENDOCRINOLOGY ASSOCIATES

2650 Elm Ave. Suite 318 Long Beach, CA 90806

(562) 595-0166 Fax (562) 595-6714

## POLIZA FINANCIERA

Gracias por elegir nuestra oficina. Nuestro compromiso es proveerle un tratamiento exitoso. Para Poder continuar dando el mejor cuidado posible necesitamos la informacion correcta.

A.Si usted no tiene aseguranza, el pago completo debe ser hecho el dia de la visita

B.Si usted tiene aseguranza:

1. Usted debe proveer la informacion correcta el dia de su visita. Las visitas denegadas por su aseguranza van a ser su responsabilidad.
2. Nosotros le mandaremos a cobrar a un maximo de (2) aseguranzas
3. Es su responsabilidad conocer su plan de seguros para verificar la cobertura de otros medicos a los que pudiera ser referido, otros estudios, y/o pruebas de laboratorio recomendadas. Vamos a mandar a cobrar a su compañia de seguros. sin embargo cualquier co-pagos, co-seguros y/o deductible deben de ser pagados en el momento de su visita. Si no recibimos pago de su seguro en 45 dias usted sera responsable de la cuenta.
4. Un cargo de hasta \$10.00 puede ser aplicado a su cuenta si los balances no son pagados despues de 30 dias de haber recibido nuestro bill.
5. Si usted no paga su balance por completo o hace arreglos con nuestra oficina para un plan de pagos por los servicios recibidos por mas de 60 dias, un interes del 18.5% anual sera aplicado a su balance, su cuenta podria ser mandada a colleccion y un cargo de \$50.00 le sera agregado. Usted tambien sera responsable de los cargos puestos por la agencia de collecciones.

C.Habra un cargo de \$30.00 para completar cualquier formulario de trabajo, escuela, DMV u otros formularios solicitados y una cuota de \$30.00 para obtener una copia de su expediente medico.

D.Nosotros estamos aqui para ayudarlo a mantenerse saludable, y le pedimos que usted haga lo mismo. Cuando no pueda mantener su cita avisenos por lo menos con 24 horas de anticipacion de lo contrario estara sujeto a un cargo de \$50.00.

E. Usted es ultimamente responsable del pago completo y a tiempo de los cargos incurridos en nuestra oficina, sin importar que cobertura medica que tenga.

Nosotros aceptamos pagos en efectivo, cheque, Visa, MasterCard, American Express, Discover y Tarjeta Bancaria.

Por favor firme que leyo y esta de acuerdo con nuestra Poliza Financiera.

X \_\_\_\_\_ Fecha Firmado \_\_\_\_\_  
Firma del paciente o persona responsable  
Escriba el Nombre \_\_\_\_\_

2650 Elm Avenue, Suite 210 -Long Beach; California 90806- (562) 595-0166-Fax (562)595-6714