

Responsabilidad Financiera y Asignación de Beneficios del Seguro



Hillsboro Pediatric Clinic LLC

503-640-2757
FAX 503-640-9753

Normas Financieras de Hillsboro Pediatric Clinic LLC (HPC)

1. **Copagos:** Los copagos se deben de pagar al momento de servicio como su seguro lo requiere.
2. **Formas de Pagos Aceptados:** Aceptamos efectivo, cheques, MasterCard, Visa, Discover y tarjetas de débito.
3. **Descuentos:** Se le harán descuentos si paga la totalidad de los servicios el día de la visita: 10% (diez por ciento) si paga en efectivo o con cheque y 5% (cinco por ciento) si paga con tarjeta de crédito o débito. Si el banco devuelve el cheque por fondos insuficientes (NSF), el descuento del 10% se cancelará, y se le cobrará el costo total.
4. **Cargos por fondos insuficientes:** Si su cheque es devuelto por fondos insuficientes, se le cargarán \$25.00 a la cuenta sobre la cual ha hecho el pago. Este cargo se de pagar al recibir nuestra factura.
5. **Dificultades Financieras:** Si el pago de nuestra factura genera una dificultad financiera, es su responsabilidad comunicarse con nuestro consejero financiero para pacientes y averiguar sobre la ayuda financiera que Hillsboro Peds ofrece.
6. **Ningún Seguro/Pagar por su propia cuenta:** Si usted no tiene seguro de salud o prueba de cobertura, le exigiremos un depósito de \$125.00 previo a su primera visita y \$50.00 para cualquier cita después. Estos depósitos serán aplicados a su cuenta de servicios médicos; y le cobraremos cualquier cantidad restante o cualquier sobrepago se le será reembolsado. Si no tiene seguro, el programa "Oregon Vaccines for Children" (Vacunas para Niños de Oregon) cubrirá el costo de las vacunas. Se le cobrará una cantidad pequeña para el administro de la vacuna.
7. **Cobro del seguro:** Es su responsabilidad conocer los beneficios de su seguro, incluyendo lo que no cubre. Nosotros le cobraremos a su compañía principal de seguros cuando usted nos proporcione la información completa y actualizada. Al firmar en la parte inferior, usted acepta su responsabilidad de pagar por todos los servicios no cubiertos y las cantidades no pagadas bajo esta asignación, incluyendo el deducible, el co-seguro y los copagos de su seguro de salud.
8. **Cobro de seguro secundario:** Como una cortesía hacia usted, presentaremos una reclamación secundaria, una vez por visita.
9. **Declaraciones:** Aunque haya una reclamación de seguros pendiente, usted puede recibir un estado de cuenta si tiene un saldo pendiente. HPC no puede aceptar la responsabilidad de cobrar la reclamación a su seguro o de negociar un arreglo en el litigio de una reclamación.
10. **Pagos de cuenta hacia el Balance:** Usted es responsable del pago oportuno de la cuenta. Las sumas no pagadas se vencen y son pagaderas dentro de los (quince) días siguientes a la fecha del estado de cuenta y no más tarde de 60 (sesenta) días después de la fecha del servicio, independientemente del estado o los litigios del seguro.
11. **Plan de Salud de Oregon:** Oregon Health Plan" (OHP - Plan de Salud de Oregon): Si no podemos verificar su cobertura, se le pedirá que cambie su cita.
12. **Colecciones:** Las cuentas asignadas a la agencia de crédito y a la agencia de servicios de colección se les hará un cargo adicional de \$50.00 por costo de trámites. Todos los descuentos recibidos serán cancelados y se les cobrará el costo total. Si la cuenta debe ser remitida a un abogado para recaudo, el firmante deberá pagar también los honorarios razonables del abogado y los gastos de recaudo.

Yo, como la parte responsable, por medio de este documento autorizo pagar directamente a HPC los beneficios de la atención médica. Esta autorización es válida para cualquier proveedor a quien HPC esté autorizado a hacer cobros en conexión con sus servicios. Entiendo que soy financieramente responsable de todas las sumas no pagadas bajo esta asignación. Reconozco y entiendo que las muestras de líquidos o tejidos corporales recogidos por HPC serán enviados a un laboratorio no afiliado y que yo recibiré, por separado, una factura de ellos por las pruebas e interpretaciones realizadas.

Al firma abaja usted acepta que ha leído este documento y ha recibido una copia de esta información.

Firma del Paciente o Tutor Legal: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Relación al Paciente: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____