



3510 Old Milton Parkway, Alpharetta, GA 30005
770.346.0132 Fax 770.346.0165
www.pediatricsgenetics.com

Poliza's financieras de la Practica

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

El adulto acompañando al paciente es considerado el responsable de los servicios.

Nombre del responsable del menor: _____

Pediatrías y Genéticos (P. A. G) se ha comprometido a cumplir a las necesidades de salud de su hijo/hija. Nuestro objetivo es mantener su seguro y otros arreglos financieros tan simple como sea posible. Con el fin de lograr esto pedimos atenerse a los siguientes directrices.

Por favor inicial en cada línea.

- _____ Todos los pagos, co-seguros, y deducibles son debidos en el momento de servicio, o antes del procedimiento, según nuestro contrato con su portador del seguro. Si no se paga al tiempo de servicio un cargo de \$20 sera agregado a su cuenta. Aceptamos dinero en efectivo, MasterCard y Visa. Cualquier cheque deshonrado por su banco puede resultar en un cargo de \$30 aplicado a su cuenta.
- _____ Es su responsabilidad brindarnos su dirección actual, número de teléfono y información de seguros en cada visita. Si no tienen la prueba de seguro actual en su visita, será considerado paciente sin seguro y pago será debido en completo ese día.
- _____ Es su responsabilidad contactar a su portador del seguro para confirmar que nuestros médicos participen en su plan medico y entender sus beneficios de seguro y exigencias.
- _____ Si no tenemos un contrato con su proveedor de seguros usted será responsable de el bill y el pago sera debido en el momento de servicio. Le podemos ofrecer la forma del encuentro para presentar la reclamación con su portador del seguro si es necesario.
- _____ Si se olvida su cita y/o no cancela su cita dentro de las 24 horas de su compromiso, tendra un cargo de "No-Show" de \$50 por esa cita.
- _____ Todos los registros médicos pedidos deben ser por escrito y recibidos en nuestra oficina 7-10 días antes de la fecha necesitados. Los registros pueden ser enviadas por correo o fax, y tendrán una cuota basada en el número de páginas.
- _____ Es nuestra poliza que seguiremos mandando el bill al padre una vez que el niño cumple los 18 años si no somos notificados de lo contrario
- _____ Hacemos lo mejor para referir los a los lugares contratados por su portador del seguro, pero finalmente es la responsabilidad del paciente de verificar.

Firma del padre /o guardian _____ Fecha _____