



Piedmont Pediatrics, PLC
20 Rock Pointe Lane
Warrenton, VA 20186
(540) 347-9900

Piedmont Pediatrics, PLC Política Financiera

Nos complace que haya elegido Piedmont Pediatrics para ser proveedor de atención médica de su hijo. Nos dedicamos a ofrecer a nuestros pacientes la mejor atención posible y servicio, manteniendo los costos a usted del aumento. No prestamos servicio de para recoger el dinero, pero debemos recoger con el fin de prestar servicio. Le pedimos su ayuda por entender y cooperar con la política financiera.

Seguro:

Participamos con una mayoría de los planes de seguro. Es su responsabilidad proveernos con su información correcta y actualizada en el momento de su visita y para asegurarse de que somos los proveedores de su plan específico. Si usted no puede presentar la información correcta y actualizada de seguro en el momento de su visita usted acepta ser responsable 100% de nuestros gastos habituales y consuetudinarias para esa visita.

Si participamos con su plan de ofrecemos el servicio de presentar un reclamo a su compañía de seguros más gastos de oficina y hospital, a menos que hemos recibido notificación previa de los servicios no cubiertos. Los servicios, junto con todos los copagos, deducibles y saldos son la responsabilidad del paciente y deberán pagarse al tiempo de servicio. Si usted no paga su deducible al tiempo de servicio, se puede Agregar un recargo de \$10.00 a su saldo para cubrir el costo de enviar un proyecto de ley. Cargos no facturables al seguro se divulgarán con anticipación y se le pedirá que firme una renuncia reconociendo nuestra política antes de que se prestan los servicios. Nos presentará el reclamo inicial que le principal compañía de seguros. No presentar con seguros secundaria. Usted debe responder a toda la correspondencia del seguro solicitando información para el paciente de manera oportuna o la demanda puede ser entregada a paciente responsabilidad. Nuestra política de oficina es para permitir una recarga posterior. Si, después de la segunda presentación de la reclamación queda sin pagar, el saldo puede ser transferido a su responsabilidad y pago se espera a la recepción de una declaración. Trabajaremos con usted para asegurar que nuestros servicios son facturados correctamente, no obstante la responsabilidad última para el pago oportuno de los servicios prestados es tuyo.

Saldos:

A veces un pago en exceso puede ocurrir debido a procesamiento seguro que puede resultar en menos dinero adeudado por el garante que lo recogió. A menos que no está de acuerdo, si un sobrepago es hecho en su cuenta que se mantienen saldos de \$50.00 o menos para un período de hasta 180 días para aplicar esos fondos a un futuro visitar. Si el crédito se mantiene en su cuenta después del período de 180 días, publicaremos un reembolso. Pagos adeudados a pagadores de seguro o de gobierno son reembolsados según las pautas de los contribuyentes. ollected.

Pequeño Balance:

Piedmont Pediatrics ajustará cualquier balance de \$5.00 o menos. Reembolsos de \$5.00 o menos voluntad de ajustar bajo nuestra escritura pequeño balance de la política si esas cantidades en la cuenta después de 180 días y los saldos de \$5.00 o menos aún se debe por el garante se redujo de un saldo existente en su cuenta o será ajustado y no facturados.

Pago por servicios prestados:

Nuestra oficina acepta efectivo, cheques, Visa y MasterCard. Todos los saldos vencen dentro de 30 treinta días a menos que se han hecho arreglos previos con el Departamento de facturación. Hay un cargo de \$35.00 para cheques devueltos. Todos los saldos más de 90 días pueden ser enviados a una agencia de colección o perseguidos legalmente. Usted será responsable de todos los honorarios legales incurridos por Piedmont Pediatrics, PLC en el cobro de su saldo moroso y colección. Nuestra oficina cargará \$80 para las citas que le falten sin llamar para reprogramar o cancelar 24 horas antes de la cita. Entendemos que las emergencias suceden y cuando es apropiado no renunciamos el show cargo..

Si no participamos con su plan de salud o si es un paciente uno mismo-pago, pago completo será debido en el momento de su visita.

HE LEÍDO Y ENTIENDO LA POLÍTICA FINANCIERA DE PIEDMONT PEDIATRICS, PLC Y ACEPTA LOS TÉRMINOS. TAMBIÉN ENTIENDO QUE LOS TÉRMINOS DE ESTA POLÍTICA PODRÁN SER MODIFICADOS POR LA PRÁCTICA EN CUALQUIER MOMENTO SIN NOTIFICACIÓN PREVIA AL PACIENTE.

Firma del paciente, padre o Tutor Legal

Fecha

Nombre completo del niño

02/20/2016 SL/my