



556 Sandhurst Drive
Fayetteville, NC 28304

(910) 483-2646
Fax (910) 483-9470

www.legacypeds.com

Política Financiera

Entiendo, acepto y reconozco los siguientes términos : (inicialice cada línea)

- _____ El pago de todos los servicios es mi responsabilidad y es de ser pagado al momento en que se le presenta los servicios.
- _____ Si mi compañía de seguros de salud ha aceptado a Legacy Pediatrics (en adelante,LP) como proveedor participante en el momento del servicio, LP presentará un reclamo a mi compañía de seguros.
- _____ Las reclamaciones no pagadas de manera oportuna (60 días) por mi compañía de seguros, pasan a ser totalmente mi responsabilidad.
- _____ Si mi compañía de seguros de salud NO HA aceptado LP como proveedor participante en el momento de servicio, soy responsable del pago total al momento del servicios a menos que se hayan hecho arreglos previos con el departamento de facturación de LP.
- _____ A mi solicitud al departamento de facturación de LP, se proporcionará documentación para que pueda presentar un reclamo de reembolso de los gastos de bolsillo de mi compañía de seguros.
- _____ Cualquier contrato de cobertura de seguro se realiza entre mi empleador, la compañía de seguros y yo, LP no tiene influencia sobre los beneficios disponibles o la aprobación de reclamos.
- _____ Si deseo utilizar los beneficios de mi seguro para cubrir el costo de cualquier prueba, procedimiento o visita solicitados a proveedores externos, es mi responsabilidad contactar a mi compañía de seguros para verificar los beneficios disponibles, así como las instalaciones, proveedores y especialistas participantes.
- _____ Soy responsable de solicitar cualquier referencia necesaria antes de que se realicen pruebas o procedimientos. Cuando sea posible , estas solicitudes deben hacerse 5 días antes de la fecha de la cita con la especialistas. Depende de la discreción de un proveedor de LP si emitir o no una referencia solicitada después de la cita o la fecha del procedimiento.
- _____ Las referencias no son una garantía de beneficios de seguro o pago. Las inquietudes relacionadas con la denegación de pago por pruebas por ordenadas, procedimientos o visitas a proveedores externos deben dirigirse a mi compañía de seguros.
- _____ Soy responsable de todos los cópagos y servicios no cubiertos al momento del servicio, a menos que se hayan hecho arreglos previos con el departamento de facturación de LP.
- _____ Cualquier coseguro, deducibles o reclamos rechazados deben pagarse en su totalidad a LP dentro de 30 días posteriores a la recepción de una factura.
- _____ Si pagos con cheque son devuelto sin pagar por mi institución financiera estará sujeto a una tarifa de \$25.

Firma del Padre Guardian Legal

Fecha