

Pediatría Raybon

700 Zeagler Dr., Ste 7

Teléfono: 386-385-8137/ Fax: 386-487-2113

Nombre(s) del paciente y fecha de nacimiento _____

Divulgación de responsabilidad financiera del paciente

Como cortesía, **Raybon Pediatrics** acordó presentar un reclamo por los servicios prestados ante mi compañía de seguros. Soy responsable y se espera que pague **a Raybon Pediatrics** por lo siguiente:

1. Cualquier copago establecido por mi compañía de seguros.
2. Cualquier deducible insatisfecho o terminación de la cobertura.
3. Cualquier monto que mi compañía de seguros considere mi responsabilidad.
4. Cualquier monto que mi compañía de seguros considere no cubierto.
5. Cualquier cargo por la preparación o finalización extensa de formularios.

Si bien mi tarjeta de seguro puede indicar que estoy cubierto al 100%; Es posible que incurra en cargos adicionales por mi visita de hoy.

Entiendo que se requiere el pago en el momento en que se prestan los servicios, a menos que se hayan hecho otros arreglos por adelantado. **Raybon Pediatrics** acepta efectivo, cheques personales, VISA, MasterCard. Hay un cargo por servicio por cheques devueltos.

No resolver las cuentas vencidas, incluidos los cheques devueltos, resultará en el despido de nuestra práctica. Para evitar el despido, se pueden realizar planes de pago previa solicitud.

Entiendo que seré responsable de un cargo por "no presentarse" de hasta \$25.00 si incurro por no avisar con (veinticuatro) horas de anticipación la cancelación de cualquier cita a la que no pueda asistir. Esta tarifa se facturará directamente a mí y no a mi compañía de seguros para el pago.

HE LEÍDO LA INFORMACIÓN ANTERIOR Y ACEPTO SER FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DE LOS SERVICIOS PRESTADOS POR RAYBON PEDIATRICS.

Firma del paciente/padre/tutor

Fecha

Como padre/tutor de la persona mencionada anteriormente. Seguirá siendo responsable de todos los costos incurridos por los servicios hasta la edad de 21 años.

Firma del padre/tutor

Fecha