



Los pacientes son responsables de todos los gastos resultantes del tratamiento proporcionado por Metropolitan Pediatrics, LLC. **El pago deberá realizarse en el plazo de 30 días desde su facturación, a menos que se hagan otros arreglos de pago.** Usted será responsable de todos los costos de gestión y/o legales que se generen en el caso de que su cuenta quede en estado de cobro de impagos.

Seguro

Como cortesía, nosotros facturaremos directamente a la mayoría de las compañías aseguradoras. Tenga en cuenta que esto no garantiza el pago y que la responsabilidad última de la cuenta es suya. Usted es responsable de los deducibles, copagos, servicios no cubiertos, coseguro y artículos considerados "no necesarios médicamente" por su compañía aseguradora. Si usted o su compañía aseguradora realiza un pago superior a su balance, se emitirá un reembolso.

Proporcionar información precisa sobre su seguro es la responsabilidad del padre/madre/paciente. Los pacientes deberán presentar su actual tarjeta(s) de identificación de la aseguradora a cada cita.

- ♥ **Oregon/Washington Welfare y Oregon Health Plan:** Se le puede pedir que firme una exención asumiendo la responsabilidad financiera por los servicios que no están cubiertos bajo el Programa Medicaid del Estado. Por favor, tenga en cuenta que Metropolitan Pediatrics, LLC, no participa en todos los programas de atención médica administrada.
- ♥ **Vehículo a motor, compensación laboral u otras reclamaciones de responsabilidad:** Metropolitan Pediatrics, LLC, no puede facturar a las entidades aseguradoras en reclamaciones de responsabilidad. Los acuerdos en este tipo de reclamaciones pueden tardar varios meses; el pago total de la visita(s) o los arreglos financieros debe hacerse en el momento del servicio.

Copagos

Los copagos deberán hacerse efectivos en el momento en que son prestados. La falta de pago en el momento del servicio dará lugar a un recargo de \$15.00 que será cargado a su cuenta.

Quiebra

- ♥ **Pacientes asegurados:** Todos los copagos aplicables, coseguro y deducibles serán exigibles en el momento del servicio.
- ♥ **Pacientes no asegurados:** El pago en su totalidad es requerido en el momento del servicio.

Padres Divorciados

Ambos progenitores son **equitativamente** responsables de los gastos de salud de su hijo/a(s), a menos que un mandato judicial disponga lo contrario. Las disputas entre los padres no serán arbitradas por Metropolitan Pediatrics, LLC.

Cheques Devueltos

Los cheques devueltos por insuficiencia de fondos se traducirán en una tasa de \$25.00 cargada a su cuenta.

Citas Canceladas

Si usted no puede asistir a su cita, por favor cancele 24 horas antes de la hora programada o una cuota de "no-presentación" de \$50.00 podrá ser cargada a su cuenta.

Asignación de Beneficios

Autorizo a mi(s) compañía(s) de seguros para efectuar el pago de beneficios por cualquier reclamación a Metropolitan Pediatrics. Entiendo que cualquier gasto no subvencionable o no cubierto es mi responsabilidad.

Designo a Metropolitan Pediatrics, LLC, como Representante Autorizado a:

- 1) Presentar todas y cada una de las apelaciones cuando mi compañía de seguros me niegue beneficios a los que tengo derecho;
- 2) Presentar cualquiera y todas las solicitudes de información sobre los beneficios de mi compañía de seguros;
- 3) Iniciar quejas formales a cualquier agencia estatal o federal que tenga jurisdicción sobre mis beneficios; y
- 4) La liberación de toda la información médica necesaria para procesar mis reclamos.

Autorizo a cualquier administrador o asegurador de mi plan a liberar cualquier y todos los documentos referentes al plan, la póliza de seguro y/o información de acuerdo a petición por escrito del Metropolitan Pediatrics, LLC. Esta asignación es válida para todas las revisiones administrativas y judiciales bajo PPACA, ERISA, Medicare y las leyes federales o estatales. Una fotocopia de esta asignación debe ser considerada tan válida como el original.