



150 LOWER WESTFIELD ROAD • HOLYOKE, MASSACHUSETTS 01040 • TELEFONO (413) 536-2393
84 WILLIMANSETT STREET • SOUTH HADLEY, MASSACHUSETTS 01075 • TELEFONO (413) 532-0300

Gracias por escoger al Holyoke Pediatric Associates, LLP como su proveedor de cuidado de salud. Nosotros estamos comprometidos a proveerle a usted con cuidado de salud de calidad. Porque algunos de nuestros pacientes han tenido preguntas acerca de la responsabilidad del paciente y el seguro por los servicios, hemos desarrollado esta póliza de pagos para asistirle a usted. **Favor de leer esta póliza cuidadosamente, háganos cualquier pregunta que usted pueda tener, y firme abajo en el espacio provisto.**

- 1. Seguro.** Su póliza de seguro es un acuerdo entre usted y su compañía de seguro. Nosotros no somos parte de su contrato de seguro. Usted es responsable en saber los beneficios de su seguro. Favor de comunicarse con su compañía de seguro con cualquier pregunta que usted tenga relacionada a su cobertura. Siempre y cuando usted nos provea con correcta información de seguro, nosotros facturaremos a su compañía de seguro.
Al firmar esta forma usted está dando permiso al Holyoke Pediatric Associates, LLP para facturar a su compañía de seguro en su nombre.
- 2. Co- Pagos, Co-seguro, y Deducibles.** Todo co-pago es debido en el momento del servicio, si el co-pago no es pagado en el momento del servicio un cargo por atraso de \$15 será cargado. Todo co-seguros, y pagos deducibles están vencidos al recibo del primer estado de factura, y deben ser pagados directamente al Holyoke Pediatrics. Usted entiende que usted es responsable por estos cargos, y si usted no paga estos cargos, el Holyoke Pediatric puede buscar métodos alterativos para coleccionar este dinero. Usted entiende que si el Holyoke Pediatric colecta de usted cualquier aplicable co-pago, co-seguro, o deducible y es también reembolsado directamente de su compañía de seguro, que el Holyoke Pediatric le reembolsará a usted cualquier sobre pago que le debamos en no más tardar de cuarenta y cinco (45) días después del Holyoke Pediatric recibir notificación de su compañía de seguro.
- 3. Servicios No-cubiertos.** Favor de saber que algunos, y potencialmente todos, de los servicios que usted recibe pueden no estar cubiertos o pueden no ser considerados razonables o necesarios por el Medicaid u otros seguros. Usted entiende y acuerda que usted será responsable por pagar completamente por estos servicios, y que éstos están vencidos en el momento de recibir su primer estado de factura.
- 4. Prueba de Seguro.** Todos los pacientes deben completar nuestras formas de información de paciente antes de ser vistos por el médico. Nosotros debemos obtener una copia de su tarjeta de seguro, y debemos poder verificar el seguro como prueba de seguro válido y actual. Si usted falla en proveernos con la correcta información de seguro, usted será responsable por el balance de los cargos por servicios que usted reciba.
- 5. Sumisión de Reclamos.** Nosotros someteremos sus reclamos y le asistiremos a usted en cualquier forma en que razonablemente nosotros podamos para ayudarle a usted a tener sus reclamos



150 LOWER WESTFIELD ROAD • HOLYOKE, MASSACHUSETTS 01040 • TELEFONO (413) 536-2393
84 WILLIMANSETT STREET • SOUTH HADLEY, MASSACHUSETTS 01075 • TELEFONO (413) 532-0300

pagados. Su compañía de seguro puede necesitar que usted le provea cierta información directamente a ellos. Es su responsabilidad el cumplir con su requisito. Favor de estar consciente que los **cargos por servicios recibidos son su responsabilidad**, aunque su compañía de seguro pague o no su reclamo.

6. **Cambios en Cobertura.** Si usted cambia de seguro, favor de notificarnos antes de su próxima visita para nosotros poder actualizar su información de acuerdo. Si usted falla en proveernos con la correcta información de seguro con tiempo, usted será responsable por todos los cargos por servicios recibidos.
7. **No-pago.** Usted entiende y acuerda que usted es responsable por todos los cargos asociados con los servicios recibidos por usted, incluyendo pero no limitado a servicios no cubiertos, co-pagos, co-seguros, y deducibles. Favor de saber que si usted falla en pagar estaos cargos, el Holyoke Pediatric puede buscar métodos alternativos para coleccionar este dinero no pagado. Usted entiende que si queda un balance sin pagar por más de 120 días que el Holyoke Pediatric puede darle de alta de esta práctica a usted y a sus miembros de familia y terminar la relación entre doctor-practicante de cuidado de salud --y el paciente.

El Holyoke Pediatrics está comprometido a proveer el mejor tratamiento a nuestros pacientes. Gracias a usted por entender nuestra póliza de pagos. Favor de dejarnos saber si usted tiene cualquier pregunta o preocupación.

Yo he leído completamente y entiendo que yo soy responsable por cualquier porción de mi facture que no esté cubierta por mi compañía de seguro.

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Firma del Paciente o Partido Responsable

Fecha

Nombre en Letra de Molde

Relación al Paciente