



150 Lower Westfield Rd, Holyoke, MA, 01040
84 Willimansett St, South Hadley, MA 01075
Phone: 413-536-2393 Fax: 413-536-1087
www.holyokepediatrics.com

HPA Financial Policy

Proof of Insurance

We must obtain a copy of your insurance card and we must be able to verify the insurance as proof of current and valid insurance. If you fail to provide us with the correct insurance information, you will be responsible for the balance of the charges for services you receive and must be paid at time of visit.

Insurance

Your insurance policy is an agreement between you and your insurance company. We are not a party to your insurance contract. You are responsible for knowing your insurance benefits. If your insurance changes, please notify us before your next visit so we can update your information accordingly. If you have no insurance, you will be responsible for all charges for services you received and payment will be expected at time of visit.

Co- Payments, Coinsurance, and Deductibles

All co-payments are due at time of visit, if co-payment is not paid at time of visit a \$15 late fee will be incurred. All coinsurances and deductible payments are due upon receipt of the first billing statement and must be paid directly to Holyoke Pediatrics.

Claims Submission

We will submit your claims and assist you in any way we reasonably can to help you get your claims paid. Your insurance company may need you to supply certain information directly to them. It is your responsibility to comply with their request. Please be aware that charges for services received are your responsibility, whether or not your insurance company pays your claim. By signing this form you are giving Holyoke Pediatric Associates, LLP permission to bill your insurance company on your behalf.

Nonpayment

You understand and agree that you are responsible for all fees associated with services rendered, including but not limited to non-covered services, co-payments, coinsurance, and deductibles. Please be aware that if you fail to pay these fees, Holyoke Pediatrics may seek alternative methods to collect these unpaid monies. You understand that if a balance remains unpaid for a more than 120 days past due that Holyoke Pediatric may discharge you and your family members from this practice and terminate the doctor healthcare practitioner-patient relationship.



150 Lower Westfield Rd, Holyoke, MA, 01040
84 Willimansett St, South Hadley, MA 01075
Phone: 413-536-2393 Fax: 413-536-1087
www.holyokepediatrics.com

Póliza Financiera del HPA

Prueba de Seguro

Nosotros debemos obtener una copia de su tarjeta de seguro y nosotros debemos poder verificar el seguro como prueba de seguro actual válido. Si usted no puede proveernos con la correcta información de seguro, usted será responsable por el balance de los cargos por servicios que usted recibe y deben ser pagados en el momento de la visita.

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 de conocer los beneficios de su seguro. Si su seguro cambia, favor de notificarnos antes de su próxima cita para nosotros poder poner al día su información como corresponde. Si usted no tiene seguro, usted será responsable por todos los cargos por servicios que usted haya recibido y el pago será esperado en el momento de su visita.

Co- Pagos, Coseguro, y Deducibles

Todos los co-pagos deben ser pagados en el momento de la visita, si el co-pago no es pagado en el momento de la visita una tarifa de \$15 por retraso será incurrida. Todos los coseguros y pagos deducibles están vencidos al recibo de la primera factura de pago y debe ser pagada directamente al Holyoke Pediatrics.

Sumisión de Reclamos

Nosotros someteremos sus reclamos y le asistiremos en cualquier forma en que nosotros podamos razonablemente ayudarle a obtener el pago de sus reclamos. Su compañía de seguro puede necesitar que usted supla cierta información directamente a ellos. Es su responsabilidad el cumplir con su solicitud. Favor de estar consciente de que los cargos por servicios rendidos son su responsabilidad, aunque su compañía de seguro pague o no su reclamo. Al firmar esta forma usted le está dando a Holyoke Pediatric Associates, LLP permiso para facturar a su compañía de seguro a su beneficio.

No-pago

Usted entiende y acuerda que usted es responsable por todos los cargos asociados con los servicios rendidos incluyendo pero no limitado a los servicios no-cubiertos, co-pagos, coseguro, y deducibles. Favor de estar consciente de que si usted falla en pagar estos cargos, Holyoke Pediatrics puede buscar métodos alternativos para coleccionar éste dinero. Usted entiende que si un balance queda sin pagar por más de 120 días después de vencido, que Holyoke Pediatrics puede darle de alta a usted y sus miembros de familia de esta práctica y terminar la relación de doctor, proveedor de cuidado de salud y paciente.