



Sun City Pediatrics, PA Financial Policy (Póliza Financiera)

Patient Name: (Nombre del Paciente)	Date of Birth: (Fecha de Nacimiento)
---	--

Welcome to our Pediatric Medical Practice! We want to inform you of our policies regarding payments.
(Bienvenidos a nuestra Práctica Médica de Pediatría! Queremos informarle acerca de nuestras pólizas con respecto a pagos.)

Payment (Pagos)

- We accept cash, debit, and credit cards for payment on your account.
(Aceptamos efectivo, tarjetas de débito y de crédito como métodos de pago a su cuenta.)
- If you have insurance, which we do not contract with, you will be expected to make a full payment on the day of your visit.
(Si usted tiene seguro de salud con el cuál nosotros no contratamos, usted deberá pagar en su totalidad por los servicios recibidos el día de su visita.)
- If your insurance is one we do contract with, you are expected to pay for your co-pay at the time of your visit.
(Si usted tiene un seguro de salud con el cuál nosotros contratamos, usted deberá pagar su co-pago y/o deducibles al momento de su visita.)

No Insurance (Sin Seguro Médico)

If you do not have insurance, we expect you to pay for your visit at the time of service.
(Si usted no tiene seguro médico, usted tendrá que pagar por los servicios médicos al momento de su visita.)

Contracted Commercial Insurance (Seguros Médicos Que Aceptamos)

- As a courtesy, we will file your insurance for you.
(Como cortesía, nosotros tramitaremos el cobro a su seguro médico.)
- You will be required to provide us with all the necessary information to submit a claim. This includes a copy of your insurance card, an address to submit claims to, and a telephone number allowing us to verify your coverage.
(Será requerido que usted nos provea toda la información necesaria para someter los cargos. Esto incluye una copia de su tarjeta de seguro de salud, la dirección a la cuál debemos someter el cobro, y un número de teléfono que nos permita verificar su cobertura.)
- You are responsible for payment at the time of service of your co-pay and any amounts not cover by your insurance, such as deductibles.
(Al momento de la visita, usted sera responsable de su co-pago y cualquier otro costo que no cubra su seguro médico, tales como deducibles.)
- If coverage is denied for any reason, you are responsible for payment of the balance due. It is your responsibility to contact your insurance in the event of non-payment.
(Si su cubierta es denegada por alguna razón, usted será responsable de pagar el balance a su cuenta. Es su responsabilidad contactar a su seguro médico en caso de que no paguen.)

Non-Payment (Cuentas Delincuentes)

You are responsible for the payment on your account. In the event your account becomes delinquent, you will be responsible not only for the charges incurred, but also any costs involved in the collection of your account. A collection agency may be used to collect on delinquent accounts.

(Usted es responsable por el pago a su cuenta. En el momento de que su cuenta este delinciente, usted será responsable, no solo de los gastos por servicios que ofrecemos, sino también por costos incurridos en la colección de su cuenta. Podemos utilizar una agencia de colecciones en caso de cuentas delincuentes.)

Please, contact us with any questions regarding our payment policies. (Por favor, contáctenos si tiene alguna pregunta con respecto a nuestra póliza de pagos.)

I have read and understand the payment policies set forth and have been given the opportunity to ask questions about this policy. I understand my responsibility for payment of my account with Sun City Pediatrics, PA and have provided the information requested accurately and completely.

He leído y entendido las pólizas financieras descritas aquí y tuve la oportunidad de hacer preguntas con respecto a ésta pólizas. Yo entiendo mi responsabilidad de pago a mi cuenta con Sun City Pediatrics, PA y he proveído toda la información requerida.

Signature (Firma)

Date (Fecha)