

# Desert Valley Pediatrics

West Valley Office  
4137 N. 108th Ave.  
Phoenix, AZ 85037  
P 623-877-7337  
F 623-772-0686

At The Ball Park  
3802 N. 53rd Ave. Ste. 160  
Phoenix, AZ 85031  
P 623-877-7337  
F 623-247-6537

Surprise Office  
15264 W. Brookside Ln. Ste. 155  
Surprise, AZ 85374  
P 623-877-7337  
F 623-214-3219

## Reconocimiento de Politicas de Oficina del Paciente

### **Póliza de Laboratorio**

En el evento que estudios de laboratorio sean necesarios, Desert Valley Pediatrics hará lo mejor posible para mandar las muestras obtenidas al laboratorio contratado con su compañía de seguro.

Si por alguna razón su seguro medico niega el pago de sus estudios debido a facturación incorrecta, servicios no cubiertos en su plan, cambio de seguro médico, o muestras enviadas al laboratorio incorrecto, Desert Valley Pediatrics no será responsable por los cargos de laboratorio.

### **Póliza Financiera**

El padre o tutor legal acompañando a un menor a nuestra oficina es responsable por pago completo a la hora de su visita. No podemos mandar facturas a terceras personas (otras aparte de su seguro médico) o al otro de los padres si no está presente a la hora de servicio.

Para cobertura médica con planes de salud con los que no estamos contratados, por favor comprenda que colectaremos el pago completo de su visita a la hora del servicio y usted podrá ser re-embolsado por su seguro médico basado en los beneficios de su póliza. Como cortesía, someteremos facturas a su seguro médico sólo que usted desee hacerlo.

Desert Valley Pediatrics no se involucrará en disputas entre usted y su compañía de seguro, aparte de sólo dar información factual conforme sea necesario. Usted es responsable por cualquier balance que su seguro médico no ha pagado o que no vaya a pagar. Si su seguro médico no ha pagado o niega beneficios, por favor comuníquese a su departamento de reclamos si hay preguntas o quejas.

**Al firmar esta forma, reconozco que entiendo las polizas de laboratorio y financiera:**  
(Esta forma es válida por un año a partir de la fecha de firma)

**Nombre del paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Firma del padre/tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nombre del padre/tutor:** \_\_\_\_\_ **Relación con el paciente:** \_\_\_\_\_  
(Letra de molde)

**Testigo (Representante de nuestra oficina):** \_\_\_\_\_