

Desert Valley Pediatrics

Reconocimiento de Políticas de Oficina del Paciente

Phone: 623-877-7337 Fax 623-772-0686

<input type="checkbox"/> West Valley Office 4137 N 108 th Ave Phoenix, AZ 85037	<input type="checkbox"/> At The Ball Park 3802 N 53 rd Ave Ste. 160 Phoenix, AZ 85031	<input type="checkbox"/> Goodyear Office 700 N Estrella Parkway Ste. 110 Goodyear, AZ 85338	<input type="checkbox"/> Surprise Office 15264 W Brookside Ln Ste. 155 Surprise, AZ 85374
--	--	---	---

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 médico niega el pago de sus estudios debido a facturación incorrecta, servicios no cubiertos en su plan, cambio de seguro medico, 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 pólizas de laboratorio y financiera:

(Esta forma es válida por un año a partir de la fecha de firma)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___

Firma del Tutor/Padre: _____ Fecha: ___/___/___

Nombre del Tutor/Padre: _____ Relación con el paciente: _____

(Letra de molde)

Testigo (representante de nuestra oficina): _____