

SKAGIT PEDIATRICS, LLP FINANCIAL POLICY

We are committed to providing you with the best possible care and we are pleased to discuss our professional fees with you at any time. Your clear understanding of our Financial Policy is important to our professional relationship. Please ask if you have any questions about our fees, financial policy or your responsibility.

- All patients must complete our "Patient Registration Form" before seeing the doctor or nurse practitioner. This must be updated at least once a year.
- FULL PAYMENT IS DUE AT THE TIME OF SERVICE unless you have a current medical insurance card. If this is not possible, discuss your financial situation with our business office. We will assist you in setting up an acceptable payment plan.
- IT IS YOUR RESPONSIBILITY TO PAY YOUR COPAY AT THE TIME OF EACH VISIT. A \$10.00 service charge will be added to your account for each copay not paid at the time of service.
- WE ACCEPT CASH, CHECKS, VISA, AND MASTERCARD.
- NO SHOW, LATE CANCELLATION CHARGE. There will be a \$25.00 charge for all failed appointments and for appointments cancelled less than four (4) hours prior to the appointment (Effective September 1, 2004).

When a child of divorced parents is seen, we expect the parent who brings the child in to pay for service.

INSURANCE

Skagit Pediatrics, LLP is contracted with many PPO and HMO insurance companies. Please check with your specific insurance plan to see if Skagit Pediatrics, LLP is a contracted provider. For patient with these types of insurance, we bill directly and accept their payment (plus any co-payments, deductible and/or co-insurance) as payment in full. We will bill all other insurance companies one time only as a courtesy, but the patient is ultimately responsible for payment. The patient must provide current, complete and accurate information. We will bill your secondary only if the correct insurance information is provided at the time of service.

If your non-contracted insurance company has not paid the FULL BALANCE within 60 days, you will be expected to pay any balance due. If your insurance company pays more than the balance due, we will refund the check to the issuing party.

Insurance is a contract between you and your insurance company and you are responsible for payment as well as settling any disputes. If we are contracted with your insurance, we will handle your claims according to our contract. We do not become involved in disputes between you and your insurance company regarding deductibles, co-payments, covered charges, secondary insurance, "usual and customary" charges, etc., other than to supply factual information. YOU ARE RESPONSIBLE FOR TIMELY PAYMENT OF YOUR ACCOUNT. Accounts exceeding 30 days will be considered past due. Accounts exceeding 60 days will incur a 1% or \$2.00 minimum monthly rebill fee.

DELINQUENT ACCOUNTS will be referred to an outside collection agency. An account that is referred to collection will result in termination of medical services for the entire family.

If you pay by check and that check is returned for non-sufficient funds (NSF), we will charge an additional \$25 to your account. If that happens, you will be asked to remit the amount of the check plus the service charge (in cash or credit card) within 10 days.

Repeated failure to keep scheduled appointments or NSF checks may also result in the termination of medical care from our clinic for the entire family.

This agreement is void and unenforceable, and I am under no obligation to pay the provider, if my medical program covers the services listed above or if the provider fails to satisfy DSHS conditions of payment as described under WAC 388-87-010(6).

Thank you for understanding our Financial Policy. Please let us know if you have any questions.

I HAVE READ AND FULLY UNDERSTAND THE SKAGIT PEDIATRICS, LLP FINANCIAL POLICY.

Signature, Responsible Party

Patient name

Please Print Full Name

Date

Relationship to patient

SKAGIT PEDIATRICS, LLP PÓLIZA FINANCIERA

Estamos comprometidos en proveerle el mejor cuidado posible y contentos en poder hablar con usted sobre nuestros honorarios profesionales a la hora que usted guste. Su buen entendimiento de nuestra Póliza financiera es importante para nuestra relación profesional. Por favor haga las preguntas necesarias que tenga sobre nuestros honorarios, la Póliza Financiera o la responsabilidad suya.

- Todos los pacientes deben de completar nuestra "Forma de Registración del Paciente" antes de ser vistos por el Doctor(a) o enfermera(o) profesional. Esta forma debe ser actualizada por lo menos una vez al año.
- **EL SALDO TOTAL DEBE SER PAGADO AL MOMENTO DE SU VISITA** a menos que tenga una tarjeta de seguro medico vigente. Si ésto no es posible, necesitará discutir su situación financiera con el departamento de finanzas. Nosotros le ayudaremos a establecer un plan de pago.
- **ES RESPONSABILIDAD SUYA DAR EL CO-PAGO AL MOMENTO DE SU VISITA.** Se le agregará un cobro de servicio de \$10.00 a su cuenta por cada co-pago no pagado al momento de su visita.
- Aceptamos pagos en EFECTIVO, CHEQUES PERSONALES, VISA y MASTERCARD.
- **COBRO POR FALTAR A LA CITA O POR CANCELAR TARDE.** Se le cobrará \$25.00 por cada cita que falte o por no cancelar su cita con 4 horas o más de anticipo. (Efectivo el 1o de Septiembre del 2004)

Cuando un paciente de padres divorciados ha sido atendido, esperamos que quien lo haya traído (padre o madre), sea responsable del pago por los servicios prestados.

SEGURO MEDICO

Skagit Pediatrics tiene contrato con muchas compañías de seguro médico PPO y HMO. Por favor revise su plan de seguro médico para ver si Skagit Pediatrics, LLP es un proveedor contratado. Para pacientes con este tipo de seguro médico, nosotros cobramos directamente al seguro médico y aceptamos su pago (mas aparte cualquier co-pago, deducible, y/o co-aseguranza) como el pago total. A todos los demás seguros médicos, nosotros mandamos el pago solamente una vez como cortesía, pero al final, el paciente es responsable por el pago. El paciente deberá proveer la información completa, correcta y actual. Nosotros cobraremos a su segundo seguro médico solamente si nos provee la información correcta al momento de su visita.

Si su compañía de seguro médico no-contratada no paga el balance total dentro de 60 días, usted tendrá que pagar el balance restante. Si su compañía de aseguranza paga más de lo que se debe, nosotros reembolsaremos a la persona adecuada.

El Seguro Médico, es un contrato entre usted y la compañía de seguro médico y usted es responsable por el pago, al igual que por resolver cualquier conflicto con ellos. Si nosotros tenemos contrato con su seguro médico, nos encargaremos de sus reclamos de acuerdo con nuestro contrato. Nosotros no nos involucramos en conflictos que tenga usted con su seguro médico relacionados con deducibles, co-pagos, cargos de cobertura, seguro médico secundario, cargos "normales y habituales", etc., solamente facilitaremos información verdadera. **USTED ES RESPONSABLE POR HACER PUNTUALMENTE PAGOS A SU CUENTA.** Cuentas que excedan los 30 días serán consideradas como pago atrasado. Cuentas que excedan los 60 días tendrán un cobro de 1% ó \$2.00 mínimo por gastos de re-facturación.

Las CUENTAS VENCIDAS serán referidas a una Agencia de Colección fuera de nuestra oficina. Una cuenta que haya sido referida a una Agencia de Colección, resultara en la terminación de servicios médicos para toda la familia.

Si usted paga con cheque y su cheque es regresado por falta de fondos, le cobraremos \$25 dólares adicionales a su cuenta. Si eso sucede, Se le pedirá que pague la cantidad del cheque más los \$25 dólares (en efectivo o con tarjeta de crédito) en menos del O días.

Faltar a sus citas constantemente o dar cheques sin fondos también pudiera resultar en la terminación de servicios médicos para toda su familia dentro de ésta clínica.

Gracias por entender nuestra Póliza Financiera. Por favor llámenos si tiene alguna pregunta.

HE LEÍDO Y ENTIENDO PERFECTAMENTE LA PÓLIZA FINANCIERA DE SKAGIT PEDIATRICS, LLP

Firma, Persona Responsable

Nombre del Paciente

Nombre Completo

Fecha

Relación con el Paciente

This agreement is void and unenforceable, and I am under no obligation to pay the provider, if my medical program covers the services listed above or if the provider fails to satisfy DSHS conditions of payment as described under WAC 388-87-010(6).