

**JESUS A. BURBANO, M.D. L.L.C.**  
**PAUTAS FINANCIERAS**

**Citas** – Si desea cancelar una cita debe hacerlo con un mínimo de 24 horas de anticipación. Comprendemos que conflictos ocurren, sin embargo, si sabemos que usted cancela su cita podremos darle esa cita a otro paciente.

**La tarea de Beneficios** – La práctica aceptará el seguro de salud que su hijo tiene si toda la información dada por usted es correcta, y es proporcionada antes de la cita y si la compañía de seguros acepta al Dr. Burbano como médico de su hijo.

**Los Pacientes sin seguro** – Pago completo es requerido en el momento en que los servicios se prestan al paciente.

**Los pacientes con Seguro** – Su seguro de salud es un contrato entre usted y la compañía de salud. **Es su responsabilidad conocer y entender su propia cobertura.** Como una cortesía, nosotros archivaremos sus cobros. El paciente paga la porción estimada, calculada por la práctica en el momento del servicio. Cualquier estimación dada a usted por la práctica es puramente "**una estimación**". Las compañías de seguros no garantizan ningún pago hasta que ellos reciben el cobro, lo revisan, y lo procesan según el plan, el deducible o co-pago pertinente. Si después de que recibamos el pago por parte del seguro, todavía queda un balance, nosotros le enviaremos a usted un cobro por ese balance y este debe ser pagado inmediatamente.

**Medicaid** – **Es su responsabilidad de confirmar su elegibilidad.** Si usted tiene Medicaid y no proporciona otro seguro que tenga como primario, Medicaid tiene el derecho de no pagar su visita médica. El padre o guardián sería responsable por la visita no cubierta por Medicaid. Si en el momento de servicio, usted no es elegible para beneficios, usted será responsable por todos los pagos.

**Los Métodos de pagos** – Aceptamos dinero en efectivo, cheques, tarjetas de crédito: Visa, Master Card y Discover. Se cobrará \$ 35 por toda transferencia que no tenga fondos.

**He leído y he comprendido las pautas indicadas y acepto la responsabilidad financiera como se me ha explicado.**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre Del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Padre o Guardian Responsable** \_\_\_\_\_  
Firma Imprima Nombre