



Rainbow Pediatrics

Pankaj Sanwal, M.D.,F.A.A.P.
21141 Sterling Ave, Ste 1
Georgetown, DE 19947

Vibha Sanwal, M.D.,F.A.A.P.
16391 Savannah RD
Lewes, DE 19958

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

ASIGNACION DE BENEFICIOS

Yo solicito que los beneficios autorizados sean saldados de mi parte a Rainbow Pediatrics por cualquier servicio recibido al paciente nombrado aquí, por Rainbow Pediatrics o sus doctores médicos, y asigno mi derecho para que Rainbow Pediatrics reciba estos pagos. Yo autorizo a Rainbow Pediatrics o cualquier poseedor de información sobre mi Plan de Seguro de Salud o el paciente nombrado aquí que emita mi información de seguro medico, la información necesaria para determinar los beneficios o los beneficios pagables por servicios relacionados. En caso de que mi Plan de Seguro de Salud no dirija el pago directamente a Rainbow Pediatrics, yo acuerdo enviar a Rainbow Pediatrics todos los pagos de mi seguro medico que he recibido por los servicios prestados por Rainbow Pediatrics y sus proveedores de servicio de salud.

OTRO SEGURO MEDICO DE SALUD

Yo certifico que la información del Seguro Médico que he proveído es correcta, completa, y actual, y que no existe otra cobertura o seguro.

RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

Yo reconozco que soy responsable por todos los cargos de los servicios proveídos al paciente nombrado aquí que no son cubiertos por mi Plan de Seguro Médico y por lo cual yo soy responsable por pago debajo del Plan de Seguro Médico. Al no existir cobertura bajo mi Plan de Seguro Médico de Salud o de lo contrario permitido por la ley, yo reconozco que yo soy responsable por todos los cargos por los servicios prestados y estoy de acuerdo en pagar todos los cargos no cubiertos por mi seguro.

Política Financiera de Rainbow Pediatrics

Nosotros estamos haciendo todo lo posible para mantener los costos médicos a bajo precio. Usted puede ayudarnos bastante evitándonos mandarle facturas. Este es un resumen sobre la política de pagos.

TODOS LOS PAGOS DEBEN SER PAGAGOS A TIEMPO DEL SERVICIO

El deducible debe ser pagado antes de la consulta.

Pago es requerido al tiempo de los servicios, al menos que haya echo otros arreglos por adelantado. Esto incluye co-aseguranza y copagos para seguros médicos participantes. Rainbow Pediatrics acepta dinero en efectivo, cheques personales, VISA, MasterCard, Discover, y American Express. Hay un cobro de servicio para cheques devueltos.

Pacientes que tengan un balance de mas de 30 días deben hacer arreglos de pago antes de hacer una cita, si no Rainbow Pediatrics no le atenderá.



El balance tendra que ser saldado en 30 dias despues de haver recibido un estado de cuenta.

Rainbow Pediatrics rechazarara atender a pacientes con balances pendientes.

Yo entiendo que hay un cobro de \$15 por expediente medico en CD y que soy reponsable por pagar cualquier balance debido antes de que Rainbow Pediatrics puede mandar el expediente.

SEGURO MEDICO:

Nosotros cobramos a sus Seguros Médicos participantes como una cortesía hacia usted. Usted debe pagar su deducible y copago al momento del servicio. Si no hemos recibido pago de su seguro Médico dentro de 45 días después del Servicio Médico, usted tendrá que pagar el balance en su totalidad. Usted es responsable de todos los cargos.

SI SU SEGURO NO ESTA VIGENTE USTED TIENE QUE PAGAR POR LA CONSULTA ANTES DE QUE LE ATIENDAN ESE DIA.

PACIENTES SIN CITA:

Nosotros proveemos atencion medica para los pacientes que vienen o llaman y que no tiene cita el mismo dia, dependiendo en el horario del doctor, pero se les atenderan a los pacientes con cita primero.

REENVOLSO:

Los sobrepagos serán reembolsados a la parte responsable dentro de 30 días, después de su solicitud por escrito.

ATENCION ADMINISTRATIVA:

Si usted esta inscrito en un Seguro Médico de atención administrativa, por ejemplo HMO; usted tiene que recibir un referido de nuestra oficina *antes* de ver a un especialista. **NO daremos ningún referido retroactivo.**

CHEQUEO FISICO/VACUNAS:

Padre/tutor legal debe estar presente a las citas medicas que incluyen vacunas, almenos que consentimiento por escrito de los padres le ha dado autorización a otra persona.

CITAS PERDIDAS/CANCELACIONES:

Citas perdidas representan un costo para nosotros, para usted, y para otros pacientes que podríamos haver atendido en ese tiempo que apartamos para usted. **Si usted desea cancelar, hágalo 24 horas antes de la cita medica.** Nosotros nos reservamos el derecho para cobrar por citas perdidas o citas canceladas por atrasado. Abuso excesivo de citas puede resultar en que le despidamos de la practica.

MAS DE 3 FALTAS A CITAS PARA CHEQUEO FISICO RESULTARA EN LA EXPLUCION DE RAINBOW PEDIATRICS.

Rainbow Pediatrics reserva el derecho a excluir pacientes si no siguen consejos medicos por los doctores y si no vienen a citas de seguimiento.

Yo he leído y entiendo la Política Financiera/ Poliza de Rainbow Pediatrics. Yo entiedo que yo soy financieramente reponsable por todos los cargos sean o no pagados por mi seguro.

Firma del asegurado o representante autorizado(padre/tutor legal)

Fecha

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____