



Asistencia financiera para atención médica

Gracias por elegir Pediatric Associates

Declaración de intención: Pediatric Associates está comprometido a dar asistencia financiera a las familias que tienen hijos con necesidades de atención médica y no tienen seguro, tienen un seguro insuficiente o no pueden pagar la atención médica necesaria para su hijo debido a su situación financiera individual.

REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

Si no puede pagar la atención médica necesaria para su hijo, es posible que califique para recibir asistencia financiera, si:

1. Ha solicitado beneficios de asistencia médica y no cumple los requisitos de elegibilidad.
2. Es residente permanente de los Estados Unidos o un residente extranjero legal calificado.
3. Ha agotado todas las opciones del seguro.
4. Ha completado una solicitud de asistencia financiera y ha entregado toda la documentación necesaria.
5. Cumple las pautas financieras según sus ingresos, activos y deuda pendiente de pago.

Nota: para obtener información sobre los procesos de admisión y pago para las familias de pacientes que no son ciudadanos americanos y residen permanentemente fuera de los Estados Unidos. llame al **departamento de facturación de Pediatric Associates al (888) 313-9010.**

Fecha de entrada en vigor: 1 de octubre de 2019

POLÍTICA:

La política de asistencia financiera de Pediatric Associates coincide con nuestra declaración de misión: prestarles los mejores servicios médicos, y los más completos, a usted y su familia. El departamento financiero de Pediatric Associates lo ayudará con información sobre esta política y se asegurará de que entienda este servicio, incluidos, entre otros, los términos clave sobre dificultades financieras que se definen abajo:

- **Servicios no cubiertos:** Son los servicios prestados por el médico que, generalmente, no están cubiertos por ninguno o la mayoría de los pagadores.
- **Médico no participante:** Un médico no participante es el médico que no forma parte de la compañía aseguradora del paciente. Se considera que el reclamo es no participante y la situación del paciente cambia automáticamente a pago particular, ya que el paciente será responsable de los servicios financieros prestados.
- **Pago particular:** El paciente paga los servicios prestados por el médico de su bolsillo y con sus propios medios financieros, como crédito, cheque o giro bancario. En muchos



Asistencia financiera para atención médica

casos, el paciente no tiene una compañía aseguradora adecuada a la que se le pueda facturar, el seguro no existe o no es elegible (no participante) o no cubre los servicios prestados.

Las condiciones de los planes de pago ofrecidos se enumeran en la tabla abajo. Para calcular la cuota mensual, se deben cumplir los criterios de pago mensual mínimo y de plazo máximo de pago total.

Gastos de bolsillo	Plazo máximo de pago total	Pago mensual mínimo
\$50 o menos	Pago total dentro de un período de 30 días	Pago total dentro de un período de 30 días
\$51 a \$100	3 meses	10 % del saldo
\$101 a \$300	6 meses	10 % del saldo
\$301 a \$500	10 meses	10 % del saldo
\$501 a \$1,000	12 meses	10 % del saldo

CÓMO SOLICITAR ASISTENCIA FINANCIERA

Si cumple los requisitos de calificación enumerados abajo, puede consultar cómo presentar una solicitud en cualquiera de los centros de Pediatric Associates. También puede descargar la solicitud del sitio web www.pediatricassociates.com. Haga clic en Formularios y facturación (Forms & Billing). Toda la documentación debe enviarse a la oficina comercial dentro de un período de 30 días anteriores a la visita para conocer la determinación.

Oficina de atención al cliente de Pediatric Associates: estará disponible para ayudarlo con el proceso de solicitud. Antes de entregar la documentación debe rellenar por completo y firmar todos los formularios. Si entrega una solicitud incompleta, se le enviará una carta al garante para pedirle que dé información adicional dentro de un período de 30 días.

INFORMACIÓN DE CONTACTO IMPORTANTE

Envíe por fax toda la documentación de respaldo a: Representante de cuentas de pacientes (Patient Account Representative)

(954) 965-7354

Envíe por correo electrónico toda la documentación de respaldo a: patientinquiry@pediatricassociates.com

Envíe por correo postal toda la documentación de respaldo a: Business Office

8201 Peters Road, Suite 4100, Plantation, FL 33324