



## Financial Agreement

---

### **If you have medical Insurance**

We will file claims to your medical insurance company for services that are provided by our office. In order for the claims to process correctly please ensure that the information that you have provided to our office is accurate and current. If there is a change in insurance information please let us know immediately. We will submit claims to secondary insurance as long as we are provided with the correct policy information and we are notified prior to the appointment

### **Provider Coverage**

We are able to provide you with a list of our providers who participate with your insurance company. However, we are not responsible for ensuring that our provider is covered under your particular plan. Each insurance company has multiple plans. The provider may participate with the insurance company but not your particular plan. Please contact your insurance company to verify that the provider you are seeing is appropriately covered. It is ultimately your responsibility to verify coverage for your particular plan. If the insurance company denies the claim for a plan providing, you will be responsible for the balance. Canyon Pediatrics does not accept no Fault cases.

### **Missed Appointments**

I understand and agree that if I fail to keep my child's appointment and I do not give at least 24 hours notice of cancellation I may be charged for the scheduled time depending on my insurance plan. The missed appointment charge is \$35.00 for an office visit. AHCCCS members may have their excessive missed appointments reported to your child's medical insurance provider.

### **Medical Insurance is a Contract Between you and your Insurance Company**

We are not a party to this contract. We will not be involved in any disputes between you and your insurance company regarding deductibles, co-payments, covered charges, secondary insurance, "usual and customary", ect. Other than supplying factual information as necessary, you are ultimately responsible for the timely payment of your account

Canyon Pediatrics will not intervene in any custody disputes or financial responsibility disputes between parents or other responsible parties. Our practice will send statement to any one single address provided; however, we will not look for more than one party for financial responsibility.

### **Office Policy on Payment**

I understand that I am responsible for payment of all charges. As a courtesy my insurance will be billed for me. It is my responsibility to pay any deductibles, co-pay, co-insurance, or any other balance not paid by my insurance company. I authorize insurance payments to be paid directly to the provider.

I understand that if I fail to pay the balance of my account to Canyon Pediatrics within ninety (90) days of the date of service my account may be turned over to a collection agency which will incur a service charge of \$25.00 dollars. In the event that it is necessary to turn my account over to a collection agency I will also be responsible for any and all costs of collection, including attorney fees and a 10% interest charge from the date of delinquency.



## Acuerdo financiero

### **Si tiene seguro medico**

Presentaremos reclamos a su compañía de seguros médicos por los servicios que brinda nuestra oficina. Para que los reclamos se procesen correctamente, asegúrese de que la información que ha proporcionado a nuestra oficina sea precisa y actual. Si hay un cambio en la información del seguro, háganoslo saber de inmediato. Presentaremos las reclamaciones al seguro secundario siempre y cuando se nos proporcione la información de la póliza correcta y se nos notifique antes de la cita.

### **Cobertura del proveedor**

Podemos proporcionarle una lista de nuestros proveedores que participan con su compañía de seguros. Sin embargo, no somos responsables de garantizar que nuestro proveedor esté cubierto por su plan en particular. Cada compañía de seguros tiene múltiples planes. El proveedor puede participar con la compañía de seguros pero no con su plan en particular. Comuníquese con su compañía de seguros para verificar que el proveedor que está viendo esté cubierto adecuadamente. En última instancia, es su responsabilidad verificar la cobertura de su plan en particular. Si la compañía de seguros rechaza la reclamación de un plan que proporciona, usted será responsable del saldo. Canyon Pediatrics no acepta ningún caso de culpa.

### **Citas perdidas**

Entiendo y acepto que si no cumplo con la cita de mi hijo y no doy aviso de cancelación con al menos 24 horas de anticipación, se me puede cobrar por la hora programada, dependiendo de mi plan de seguro. El costo de la cita perdida es de \$ 35.00 por una visita al consultorio. A los miembros de AHCCCS se les pueden reportar las citas perdidas excesivas al proveedor de seguro médico de su hijo.

### **El seguro médico es un contrato entre usted y su compañía de seguros**

No somos parte en este contrato. No nos involucraremos en ninguna disputa entre usted y su compañía de seguros con respecto a deducibles, copagos, cargos cubiertos, seguro secundario, etc. Además de proporcionar información objetiva según sea necesario, usted es el responsable final del pago oportuno de su cuenta.

Canyon Pediatrics no intervendrá en ningún conflicto de custodia o conflicto de responsabilidad financiera entre los padres u otras partes responsables. Nuestra práctica enviará una declaración a una sola dirección proporcionada; sin embargo, no buscaremos más de una parte para la responsabilidad financiera.

### **Política de la oficina sobre el pago**

Entiendo que soy responsable del pago de todos los cargos. Como una cortesía, mi seguro será facturado por mí. Es mi responsabilidad pagar cualquier deducible, copago, coseguro o cualquier otro saldo que no haya pagado mi compañía de seguros. Autorizo que los pagos del seguro se paguen directamente al proveedor.

Entiendo que si no pago el saldo de mi cuenta a Canyon Pediatrics dentro de los noventa (90) días posteriores a la fecha de servicio, mi cuenta puede ser entregada a una agencia de cobro que incurrirá en un cargo por servicio de \$ 25.00 dólares. En el caso de que sea necesario cambiar mi cuenta a una agencia de cobranza, también seré responsable de todos y cada uno de los costos de cobranza, incluidos los honorarios de abogados y un cargo de interés del 10% a partir de la fecha de morosidad.

**Reconozco que he leído y acepto la política financiera anterior**