

**Financial Policy**

The Children's Clinic strives to provide the best overall experience possible. To help us with this, we ask that you agree to abide by our financial policy below.

**Account #:** \_\_\_\_\_

**Guarantor Responsibility:** Guarantors and patients are responsible for understanding their insurance benefits and guidelines for all services, as well as whether TCC services are covered under your insurance plan. Please contact your insurance company or policy handbook for questions regarding plan benefits. TCC will bill most insurance companies directly as a courtesy to you; however the payment of your account is ultimately your responsibility. Also as a courtesy, TCC will bill secondary insurance policies. However, if payment is not received within 30 days from the secondary carrier, the balance will become the guarantor's responsibility.

**Providing Information:** All patients will be required to fill out a registration form, sign a financial policy, and give a photo copy of picture ID annually. Please bring your insurance card to every visit. If any demographic information changes, you are responsible for updating TCC with the accurate information. It is the responsibility of the guarantor to provide TCC with valid insurance information at every visit. If TCC is not able to bill the insurance company because valid insurance information was not provided in a timely manner, the entire balance will become the guarantor's responsibility. Visits will be considered self-pay, and billed to the guarantor, if we are not given valid insurance information.

**Newborn Insurance Coverage:** Most health plans allow 30 days to add your newborn to your insurance plan. If you have coverage through Medicaid, you must contact your caseworker immediately to enroll your baby. If you are unable to provide proof of insurance coverage after your baby's two week appointment, you may be asked to make a deposit of \$75.00.

**Co-pays:** All co-pays are due in full at the time of service. Contractual obligations do not allow TCC to waive co-pays.

**New Patients:** All new patients being seen without insurance coverage will be required to pay a \$75.00 deposit. Patients who are unable to pay the deposit may be referred elsewhere for services.

**Established Patients:** All established patients being seen without insurance coverage will be required to pay a \$75.00 deposit. Patients being seen for routine care may be asked to reschedule. Patients who are being seen for an illness will not be turned away regardless of the ability to pay. In this case, please make sure to contact the business office to set up payment arrangements.

**Out-of-state visitors:** Out of state visitors being seen for a physical will be asked for payment in full at the time of service. A credit card number will be obtained at the beginning of the visit. Out of state visitors being seen for an illness will be required to pay a \$75.00 deposit.

**Prompt Payment Discount:** TCC will offer a 25% discount to all self-pay and non-covered services to entities and/or individuals who pay, in full, within 72 hours of the date of service.

**Checks returned for Non-sufficient funds:** It is our clinics policy to charge a \$25.00 NSF fee for all returned checks. This fee is billed in addition to the original amount owed.

**Collection policy:** All balances are due within 30 days of your first statement. If you are unable to pay the balance in full within 30 days, please contact our Business Office (503-535-1458) to make payment arrangements. TCC does assign accounts to an outside collection agency. This agency does report to a national credit bureau, and may add penalties and interest. If your account is assigned, TCC reserves the right to reverse any previous discounts. The guarantor will need to contact the collection agency directly for all payment issues. A patient may be subject to termination of care if a balance(s) goes to collections.

**Custodial/Financial Responsibility:** TCC will not be responsible for disputes regarding divorce, custody, and financial responsibility. The custodial parent, and/or the parent who brings the child(ren) to the clinic will be responsible for the account. TCC will also not be involved in any court ordered financial responsibility and/or insurance subscriber responsibility.

I agree to all policies and procedures listed above, and accept financial responsibility as guarantor for the child(ren).

Sign: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Print Name: \_\_\_\_\_

Please list all children in the family below who are patients at The Children's Clinic (use back of form for additional space if needed):

Patient: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

Patient: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

Patient: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

Patient: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

**Póliza Financiera**

The Children's Clinic trata de proveer la mejor experiencia posible.  
Para ayudarnos con esto, pedimos que ustedes acuerden de acoplar de nuestra póliza financiera listado abajo.

**# De Cuenta:** \_\_\_\_\_

**Responsabilidad del Garantor:** Garantores y pacientes son los responsables para entender sus propios beneficios y normas para todos los servicios que pueda proveer The Children's Clinic (TCC por sus siglas en ingles) y sean cubiertos por su aseguranza. Favor de contactar su compañía de aseguranza o libro de reglas para preguntas sobre los beneficios de su plan. TCC facturara la mayoría de compañías de aseguranza directamente como cortesía a usted; pero el cobro de su cuenta es últimamente la responsabilidad de usted. También como cortesía, TCC facturara compañías secundarias. Si después de 30 días de mandar la fractura a la compañía secundaria no se recibe pago, el balance será la responsabilidad del guarantor.

**Proveeando Información:** Es requerido que todo paciente llene la forma de registración, firme la póliza financiera y entregan una copia de identificación con foto anualmente. Por favor traiga su tarjeta de aseguranza a cada cita. Si hay cambios de su información demográfica, usted es responsable para avisar TCC con la información correcta. El guarantor tiene la responsabilidad de proveer su tarjeta con valida información de aseguranza a TCC en cada cita. Si TCC no puede facturar a la aseguranza porque la información apropiada no fue proveida a tiempo, el balance entero será la responsabilidad del guarantor. Citas serán consideradas pagodas al contado y facturadas al guarantor si la información de aseguranza no es correcta y valida.

**Cobertura de Recien Nacidos:** La mayoría de los planes permite 30 días para añadir a un recién nacidos a su plan de asuguranza. Si usted tiene cobertura por Medicaid, tiene que contactar a su trabajadora social inmediatamente para agregar al bebe en un plan de aseguranza. Si usted no puede proveer comprobante de cobertura para su bebe después de la cita de dos semanas, es posible que se requiera un deposito de \$75.00.

**Co-pagos:** Todos los co-pagos deben ser pagados en el tiempo de servicio. Obligaciones contractuales no permiten a TCC suspender los co-pagos.

**Nuevos Pacientes:** Todos los pacientes nuevos sin cobertura de aseguranza serán requeridos un depósito de \$75.00. Pacientes que no pueden pagar el depósito serán referidos para servicios en otros sitios.

**Pacientes Establecidos:** Todos los pacientes vistos sin aseguranza serán requeridos un depósito de \$75.00. Pacientes con citas de rutina, se les pedirá que cambien su cita. No se negara servicios a los pacientes con enfermedades por falta de aseguranza o abilidad de pogos. En este caso por favor asegures de contactar a la oficina de negocios para hacer un plan de pagos.

**Visitantes de otros estados:** Visitantes de otros estados serán vistos y se pedirán pago por completo en el tiempo de servicio. Una tarjeta de crédito será obtenido al principio de la cita. Visitantes de otros estados vistos por enfermedades será requerido un depósito de \$75.00.

**Descuento de Pago Pronto:** TCC ofrecerá 25% de descuento a todos los pagos privados y servicios no cubiertos por aseguranza a individuales o organizaciones quien paguen los servicios por completo dentro de 72 horas de la fecha de servicio.

**Cheques Regresados por Insuficiente fondos:** Es la póliza de nuestra clínica cobrar una multa de \$25.00 por todos los cheques regresados. Esta multa será añadida por encima de la cantidad originalmente debida.

**Póliza de Colección:** Cobros deben ser recibidos dentro de 30 días de su primara avisa. Si usted no puede pagar el balance por completo dentro de 30 días, por favor contactar nuestra Oficina de Negocios (503-535-1458) para hacer arreglos de pagos. TCC asigna cuentas a una agencia de colecciones. La agencia reporta a la oficina de crédito nacional y puede añadir penalidades e interés. Si su cuenta es asignada a esta agencia, TCC reserva el derecho para reversar cualquier descuento previo. El guarantor necesitara contactara la agencia de colección directamente para arreglos de pagos. Servicios al paciente puede ser terminado si su cuenta va a colección.

**Custodio legal/Responsabilidad Guardiana:** TCC no será responsable de disputo de divorcios, custodia y responsabilidad financiera. El padre guardián y/o el padre quien siempre lleva el niño(a) a la clínica para servicios médicos, será el responsable de la cuenta. TCC no será involucrada en cualquier ordenes tribunales de responsabilidad financiera y/o responsabilidad del suscritor.

Estoy de acuerdo a todas las pólizas listadas arriba y acepto responsabilidad financiera como guarantor de los niños.

Firma: \_\_\_\_\_

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

Nombre escrito: \_\_\_\_\_

Por favor lista todos los niños en la familia abajo quienes son pacientes de The Children's Clinic (usa la parte atrás si espacio sea necesario):

Paciente: \_\_\_\_\_

FDN: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

FDN: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

FDN: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

FDN: \_\_\_\_\_