

Política Financiera del Paciente de Gainesville Heart and Vascular Group

Es necesario que usted lea y firme esta política financiera. Esta política es efectiva 01/01/2009. En este acuerdo, las palabras "usted" y "su o suyo" se refieren a el paciente / deudor. La palabra "cuenta" se refiere a la cuenta que se ha establecido en su nombre a la cual se le aplicaran los cobros y se le acreditan los pagos. Las palabras "nosotros", "nuestra (o)" se refieren a Gainesville Heart and Vascular Group, PC. Es la política de esta oficina para ayudar a mantener sus costos de atención médica lo más bajo posible. Para ello, tenemos que mantener nuestros costos de facturación a un mínimo. Por favor ayúdenos de las siguientes maneras: Siempre lleve consigo su tarjeta de seguro médico actual a la oficina.

- Si su plan requiere una referencia o autorización, por favor tráigala con usted a sus citas.
 - Por favor notifíquenos en el momento de su llegada a la oficina de cualquier cambio en su seguro médico, dirección, teléfono o estado de su familia
 - Por favor, pagar su co-pago, co-seguro y / o deducibles en el momento del servicio.
 - Se esperara que pague en su totalidad si:
 - Usted no tiene seguro
 - Si una referencia o autorización por su visita no está en el archivo
 - Gainesville Heart and Vascular Group no participa con su plan de salud,
 - Usted no puede presentar una tarjeta valida de identificación de miembro de su compañía de seguros en su visita, o
 - No podemos verificar su cobertura de seguro
 - Usted debe recibir una factura por cualquier otra responsabilidad de paciente dentro de 30 días, y / o una carta de explicación de beneficios (EDB) de su compañía de seguro médico.
1. Estados de Cuenta: Si usted tiene un saldo en su cuenta, le enviaremos un estado de cuenta. Se indicará por separado el saldo anterior, los nuevos cargos a la cuenta y los pagos o créditos aplicados a su cuenta durante el mes. Tenga en cuenta si usted no recibe un estado de cuenta el saldo se sigue debiendo. Si usted no recibe un estado de cuenta pero cree que tiene un saldo pendiente, por favor póngase en contacto con el departamento de facturación al (770) 534-9014.
 2. Pagos: Al menos que otros arreglos sean aprobados por nosotros por escrito, el saldo de su estado de cuenta se debe pagar en cuanto reciba su estado de cuenta, y se ha vencido si no se paga dentro de diez (10) días.
 3. Opciones de Pago si tiene Seguro Medico: Estamos obligados por nuestros contratos de seguros para cobrar co-pagos y otras cantidades que sean responsabilidad de los pacientes, en el momento del servicio. Todos los co-pagos que no se pagan en el día de la visita pueden estar sujetos a una tarifa de proceso por el co-pago de \$ 10.00. Para ayudarle, aceptamos efectivo, cheques o tarjetas de crédito.
 4. Si usted no ha cumplido con su deducible: Nosotros le calculamos el estimado de pago previsto de su seguro médico por su visita y pediremos esa cantidad en el momento del servicio. Esta es sólo una estimación. Usted puede recibir una declaración con saldos adicionales después de su visita.
 5. Opciones de Pago si No Tiene Seguro Medico: Al menos que arreglos se hayan hecho por adelantado, requerimos el pago en su totalidad al momento de su visita. Su opción es pagar en efectivo, cheque o tarjeta de crédito el día en que el tratamiento se administra.
 6. Seguro Medico: Es la responsabilidad del titular de la tarjeta saber cuál es su elegibilidad y cobertura con su compañía de seguros. Si no se conoce, le sugerimos que compruebe las limitaciones de cobertura antes de ser tratado (a). Aunque vamos a estimar lo que su compañía de seguros puede pagar por su visita, es la compañía de seguros que hace la determinación final de su obligación financiera y la elegibilidad de servicios. Usted se compromete a pagar cualquier porción no cubierta por su compañía de seguros. Si su compañía de seguros no ha tramitado sus reclamaciones dentro de los 90 días a partir de la fecha del servicio, el cobro puede ser enviado a usted. Su firma en este formulario indica que usted autoriza a Gainesville Heart and Vascular Group, PC a facturar a su compañía de seguros directamente por los servicios prestados y que su compañía de seguros haga el pago directamente a Gainesville Heart and Vascular Group, PC.
 - a. PACIENTES DE MEDICARE PATIENTS: FIRMA EN EL ARCHIVO- Solicito y autorizo que los pagos de beneficios de Medicare se hagan a Gainesville Heart and Vascular Grup, PC., por los servicios prestados por el proveedor de mi lista / suministrador. Yo autorizé a cualquier poseedor de mi información médica sea liberada a los Centros de Medicare y Medicaid y a sus agentes como sea necesaria para juzgar estos

beneficios por los servicios. Entiendo que mi firma requiere que el pago sea hecho y autoriza la divulgación de toda información necesaria para resolver la reclamación. Si "otro seguro de salud", indicado en el punto 9 del formulario CMS-1500 o sus autorizados formularios de reclamación o reclamaciones presentadas por vía electrónica, mi firma autoriza la divulgación de toda información a la compañía de seguros como sea necesario para la tramitación del reclamo. En los casos asignados de Medicare, el proveedor o suministrador se compromete a aceptar la determinación de el costo del portador de Medicare como el costo completo, y que yo soy responsable por el deducible, co-seguro, y todos los servicios no cubiertos.

7. Cuentas Vencidas: Si su cuenta se vence, tomaremos las medidas necesarias para cobrar esta deuda. Cualquier saldo vencido por mas de 30 días puede acumular intereses a una tasa del 1,5% por mes o 18% por año. Si tenemos que referir su cuenta a una agencia de colecciones, usted se compromete a pagar todos los gastos de recaudación, incluyendo una cuota de colecciones que se pueden añadir a la cuenta. Si tenemos que referir la colección del cobro del saldo a un abogado, usted se compromete a pagar todos los honorarios de los abogados que incurran, además de todos los costos de la corte. Si tenemos que enviar el saldo de la cuenta a la recolección debido a la falta de pago de la cuenta, nuestros médicos pueden no poder proporcionarle mas atención medica. En este caso, la persona responsable de la cuenta será notificado de ello por correo certificado y con tiempo suficiente para encontrar un proveedor médico nuevo. Todas las cuentas enviadas a la agencia de colecciones se reportaran al Buró de Crédito y pueden estar sujetos a una tarifa de cobro de colecciones de 50 dólares, además de todas las otras tarifas de colecciones y / o honorarios de abogados.
8. Cheques Devueltos: Existe una cuota de \$ 30.00 por cualquier cheque devuelto por el banco. Esta cantidad puede cambiar.
9. Liberación de Seguro Medico: Entiendo que mi plan de salud puede no ser responsable por los servicios prestados si alguna de las siguientes condiciones aplica:
 - a. Tengo una condición pre-existente o el diagnóstico de otro tipo que no pueden ser cubiertos por mi plan;
 - b. Gainesville Heart and Vascular Group, PC., no participa en mi plan de salud;
 - c. No he cumplido con el deducible bajo mi contrato de plan de salud
10. Lesiones en el Trabajo/Accidentes: Si el motivo de su visita es un accidente o lesión en el trabajo, por favor sepa que vamos a presentar la factura directamente a su empleador o compensación a los trabajadores de su empleador – la factura no será cubierta a menos que su empleador presente un reclamo al portador - la factura seguirá siendo su responsabilidad hasta que un reclamo válido sea presentada por su empleador.
11. Copias y Transferencias de Registros: Una cuota nominal se aplicara para cubrir los gastos de copia.
12. Cancelaciones: Los pacientes que están programados para las pruebas especializadas tienen más tiempo y / o medicamento que ha sido programada y / u ordenado específicamente para ellos. Si no se mantiene este tipo de citas, sin previo aviso a la práctica, se traduce en costos significativos e irrecuperable a Gainesville Heart and Vascular Group, PC. En el caso de que no se pueda mantener uno de estas citas, 24 horas de aviso previo es necesario para evitar un cargo de "No Show" a su.
13. Fechas Efectivas: Una vez que haya firmado el presente acuerdo, usted acepta todos los términos y condiciones contenidos en este documento para esta y para cualquier visita futura, y el acuerdo estará en pleno vigor y efecto.

He leído esta Política Financiera del Paciente, tal como se indica, y entiendo que soy el ultimo responsable de los cargos incurridos por mí. Mediante la ejecución de este acuerdo, usted está de acuerdo en pagar todos los servicios que se reciben.

Nombre del Paciente

Numero de Cuenta

Firma del Paciente/Tutor

Fecha

Nombre del Guardián (Impreso) si es diferente al paciente.