

## **Cardiac Solutions**

### **POLÍTICA FINANCIERA DEL PACIENTE**

Gracias por elegir Cardiac Solutions como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a construir una relación médico-paciente exitosa con usted. Su comprensión absoluta de nuestra política financiera del paciente es importante para nuestra relación profesional. Si tiene alguna pregunta acerca de la política financiera, consulte con nuestra Administración.

#### **Pagos**

Todos los copagos, coseguros, deducibles y saldos de las cuentas son pagaderos al momento del registro. Los pagos pueden realizarse en efectivo, con un cheque personal o con tarjeta de crédito. Aceptamos Visa, Mastercard, Discover y American Express.

#### **Pacientes particulares**

Deberán realizar la totalidad del pago al momento del servicio.

#### **Gastos de bolsillo**

Los pagos deberán realizarse antes de cualquier procedimiento o prueba que, según su plan de seguro, es su responsabilidad.

#### **Seguro**

Facturaremos a su seguro principal y al secundario. Con el objetivo de facturar adecuadamente a su plan de seguro, le solicitamos que nos facilite toda la información, incluido el seguro principal y secundario, así como los cambios en la información relacionada con el seguro. Si no se proporciona la información necesaria, el paciente será responsable de pagar toda la factura.

Una vez que su plan de seguro haya procesado y pagado los servicios prestados, le facturaremos a usted los servicios que su plan de seguro determine que son su responsabilidad. Su plan de seguro determina sus copagos, sus deducibles, su coseguro y su cobertura. Considerando la amplia variedad de planes y pólizas de seguro disponibles, le solicitamos que se familiarice con su plan y sus beneficios. El plazo de su póliza de seguro lo determinan usted y su compañía de seguros.

En caso de que su plan de seguro demorara el pago por haberle solicitado documentación relacionada con servicios ya prestados, permitiremos un plazo de 60 días como máximo desde la fecha del servicio. Vencido dicho plazo, la responsabilidad financiera recaerá en usted. Los planes de seguro solicitan a los proveedores de atención médica que presenten las reclamaciones en tiempo y forma. Si no lo hacen, estas se rechazarán. Es fundamental que responda todos los cuestionarios que reciba de su plan de seguro.

Si no contrata su plan de seguro con nosotros y las reclamaciones se procesan fuera de la red o se rechazan, usted será responsable de los cargos no cubiertos.

No facturamos ningún seguro contra terceros (automotor, hogar).

Visite el sitio web de Cardiac Solutions en [www.cardicasolutions.net](http://www.cardicasolutions.net) para obtener información sobre los seguros que participan.

#### **Derivaciones y autorizaciones**

Considerando la cantidad de planes de salud que requieren una derivación o autorización obligatoria, efectuaremos la solicitud a su médico de cabecera (Primary Care Physician, PCP). Le solicitamos que confirme con su PCP si nos ha enviado una derivación o autorización. Si no recibimos ninguna derivación de acuerdo con los requerimientos de su plan, deberemos reprogramar su cita.

#### **Política de saldo pendiente**

Es política de nuestra empresa que todas las cuentas vencidas se paguen en su totalidad, a menos que se hayan establecido acuerdos previos con nuestra Administración. Si no se realiza el pago o si usted no hizo ningún acuerdo de pago para resolver el saldo de su cuenta, existe la posibilidad de que se re programe su cita. De no haber acuerdo alguno para resolver su saldo, podría enviarse a una agencia de cobranzas externa.

**Cardiac Solutions**  
**POLÍTICA FINANCIERA DEL PACIENTE**

**Cargos varios**

**Cheques rechazados:** Se aplicará un cargo por servicio de \$25.00 a su cuenta, además del monto del saldo insuficiente.

**Llenado de formularios:** Nuestra tarifa por llenar cualquier tipo de formulario es de \$25.00 y deberá ser abonada antes de realizar el procedimiento.

**Cancelación de pruebas de esfuerzo nuclear**

En el caso de los pacientes individuales, los radioisótopos que se utilizan para las pruebas de esfuerzo nuclear se solicitan 24 horas antes de la fecha prevista para la prueba. Si no le es posible asistir a su cita para la prueba de esfuerzo nuclear, llame para cancelarla dentro de las 24 horas.

**Monto máximo de gastos de bolsillo (si corresponde)**

En caso de alcanzar su monto máximo de gastos de bolsillo para el año calendario, deberá proveer documentación de su seguro que indique que se alcanzó el límite de gastos de bolsillo para el año.

**Aviso de Prácticas de Información de Salud**

**Cardiac Solutions** participa en una organización sin ánimo de lucro, organización no gubernamental de intercambio de información sobre la salud (HIE-por sus siglas en inglés) llamada Health Current. Esto no le generará ningún costo y puede ayudar a su médico, proveedores de salud y planes de salud a coordinar mejor su cuidado compartiendo de forma segura su información médica. Este aviso explica cómo funciona el programa HIE y le ayudará a entender sus derechos con respecto al mismo bajo las leyes estatales y federales.

Yo reconozco que he recibido y leído el Aviso de Prácticas de Información de la Salud. Yo estoy consiente que mi proveedor participa en el HIE (Arizona's Health Information Exchange). Yo estoy consiente que mi información de la salud será compartida de manera segura a través del sistema HIE, al menos de que llene una forma de Optar Por No.

---

He leído y comprendo la política financiera del paciente y acepto sus términos. Al firmar a continuación, asumo la responsabilidad absoluta de cualquier saldo que se adeude después de que mi plan de seguro haya pagado.

**NOTA:** Aunque usted no acepte firmar este formulario y elija recibir servicios, continúa siendo 100 % responsable de cualquier pago.

**Nombre del paciente:**

Fecha:

---

Firma del paciente