



**Children's Heart Institute Practice Financial Policies
Reglamento Financiero**

1.- **Informacion del paciente/prueba de aseguranza:** En cada visita el paciente debe completar y verificar su informacion antes de ver al Doctor. Necesita presentar una identificacion legal como su Licensia de conducir o pasaporte y su tarjeta de seguro de salud vigente. Si usted no provee una correcta informacion de seguro en la fecha de su consulta, usted sera responsable por el pago de los servicios medicos de su consulta.

2.- **Seguro de Salud:** Nosotros participamos con la mayoria de las companias de seguro. Si usted no esta asegurado con uno de las companias con las que tenemos contrato o no tiene su seguro activo, se requiere el pago total del costo de la visita. Contacte con su seguro para cualquier informacion referente a sus beneficios. Es su responsabilidad estar informado de los beneficios y reglas de cobertura con su compañía de seguro.

3.- **Referrals:** Su seguro podria requerir un formulario de referido de su pediatra o doctor primario por los servicios requeridos en nuestra clinica. Es responsabilidad del paciente o garante obtener dicho referral previo a su cita. Si usted no provee el referral el dia de la visita usted puede posponer la cita o firmar una forma de compromiso y pagar el total por la cita.

4.- **Pre-pagos y Deducibles:** Los cargos por Co-payments por visita deben ser pagados al momento de la visita. Este arreglo es parte de su contrato con su compania de seguro. Los deducibles se colectan cuando se recibe una notificacion de su seguro.

5.- **Servicios sin Cobertura:** No todos los servicios proveidos por nuestra clinica son cubiertos por su plan de seguro. Los cargos por algunos servicios sin cobertura podrian ser de su responsabilidad si el seguro lo determina.

6.- **Cambios de Aseguranza:** Si Usted cambia de compañía de seguro, por favor notificarnos antes de su proxima visita para que reciban los maximos beneficios. Si Usted no nos notifica cualquier cambio en su seguro, ud. sera responsable de pagar la consulta.

7.- **Envio de Factura:** Los beneficios de su seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguro. Nosotros enviaremos la factura a su seguro por los servicios prestados. Su compania de seguro podria necesitar directamente de usted, alguna otra informacion para poder procesar el pago. De no cumplir con esta solicitud, sera su responsabilidad pagar por su consulta.

8.- No pago de Cuentas Atrazadas: Si los balances de su cuenta tienen un retraso de 60 días, Usted recibirá una carta indicando que usted tiene 10 días para poder cancelar su cuenta total. Tenemos derecho a posponer o cancelar su cita en nuestra clínica. Si su cuenta está vencida se convierte en delincuencia. Usted puede ser cargado con los gastos de colección y de procesos con el abogado .

9.- Citas Perdidas: Nuestra política es cobrar por las citas que no han sido canceladas o postergadas durante el transcurso de las 48 horas previas a la cita. Estos cargos son de su responsabilidad y deben ser pagados antes de hacer la próxima cita. Usted va a tener que pagar un monto de \$100 dólares para los pacientes que tienen cita con el Dr. Abdallah y \$50.00 con el resto de nuestros doctores.

10.- Cuotas de Formularios: Cualquier formulario como para el colegio, campamentos, deporte, DMV etc. están sujetos a un costo ya que el personal emplea tiempo para hacerlos. El cargo deberá ser pagado al momento de dejar los formularios en la oficina. El monto de los mismos puede ser cambiando periódicamente sin previo aviso. Los pagos por estos formularios no son sujetos a devolución. Se requiere 15 días de plazo para el llenado de formularios.

11.- Entrega de las Notas de Consulta: Usted firmará un formulario de autorización si su compañía de seguro requiere de sus notas de consulta médica para procesar sus facturas.

12.- Formas de Comunicación en Referencia a su Balance: Usted puede llamar a nuestro departamento de Cuentas al 571-612-2600 o nos puede enviar un correo electrónico a billing@chiva.us con cualquier pregunta referente a su cuenta. Nuestra meta es proveer una buena relación con el paciente y doctor enfocándonos en las necesidades clínicas y dejando a nuestro departamento de billing resolver los problemas en cuanto a sus estados de cuenta.

13.- Terminación de Servicios: Si usted no responde a 3 notificaciones enviadas en su dirección proveída por usted, Childrens' Heart Institute podría terminar la relación del paciente- doctor en todas las oficinas . Usted será considerado un paciente activo solo cuando su cuenta y relación con nosotros está en buen estado. Usted estaría terminando la relación si no se contacta con nosotros en un lapso de 3 años.

14.- Balances Atrasados : Los balances con atraso de pago serán enviados a una compañía de cobro coactivo después de 90 días. Los cargos por el costo de colección serán de 30% agregado a su balance total.

He leído y entiendo las normas o reglamento de esta clínica, estoy de acuerdo y acepto con responsabilidad de asumir el pago en lo estipulado anteriormente.

Nombre del Paciente _____

Parte responsable del Paciente _____ Parentesco _____

Firma del Responsable _____ Fecha _____