



Nombre del Paciente _____

Acuerdo de Responsabilidad Financiera – Medicaid

Este formulario debe ser firmado antes de recibir los servicios prestados

Children’s Heart Institute certifica que esta oficina tiene una política establecida para la facturación de todos los pacientes (incluyendo Medicaid) para los servicios que no están cubiertos por su compañía de seguros. De acuerdo con las directrices de facturación de proveedores de Medicaid del estado, el paciente ha sido advertido de que los cargos pueden no ser pagados por las siguientes razones:

- El paciente identificado como afiliado de Medicaid, pero o bien no tiene una tarjeta de identificación de Medicaid actual, o tiene otra compañía de seguros que aparece en su elegibilidad de Medicaid a través de la página web de Medicaid, el paciente será responsable por los servicios en régimen de auto-pago.
- Si uno de nuestros médicos proporciona al paciente un monitor ambulatorio, el paciente/tutor será responsable de devolver el dispositivo. En caso de no devolver el monitor dentro de las 72 horas de la finalización del servicio, 24 horas para monitores Holter y 30 días para Monitores de Eventos, se le cobrará \$ 30.00 por cada día adicional que el monitor no se devuelve. En caso de que el dispositivo no ha sido devuelto después de 10 días o se haya dañado, usted será responsable del costo del dispositivo, hasta por un total de \$ 2,000.

Firma_____

Fecha_____

Nombre del Padre o Tutor-_____