



Children's Heart Institute

Políticas Financieras de la Práctica

1. Información del Paciente/Prueba de Seguro: En cada visita, todos los pacientes deben completar/verificar la información del paciente antes de ver al proveedor. Debemos obtener una copia de su licencia de conducir o identificación legal y tarjeta de seguro vigente como prueba de seguro. Si no nos proporciona la información correcta del seguro de manera oportuna, será responsable de los servicios prestados.
2. Seguro: Participamos en la mayoría de los planes de seguro. Si no está asegurado por un plan con el cual tenemos contrato, se espera el pago completo en cada visita. Si somos un proveedor participante con su plan, pero no tiene una tarjeta de seguro actualizada, se requiere el pago total hasta que podamos verificar su cobertura. Conocer los beneficios y reglas de su seguro es su responsabilidad. Comuníquese con su plan de seguro para cualquier pregunta que pueda tener con respecto a su cobertura.
3. Referencias: Su seguro puede requerir una referencia de su médico de atención primaria para procedimientos/servicios antes de su visita. Es responsabilidad del paciente o garante obtener las referencias apropiadas antes de la visita en la oficina. Si no puede proporcionar una referencia al momento de su visita, se le dará la opción de reprogramar o firmar una renuncia de seguro y pagar la visita en su totalidad.
4. Copagos y deducibles: Todos los copagos deben pagarse en el momento del servicio. Esta disposición es parte de su contrato con su compañía de seguros. Los deducibles se deben pagar en el momento en que su compañía de seguros lo notifique.
5. Servicios no cubiertos: No todos los servicios proporcionados por nuestra práctica están cubiertos por cada plan. Cualquier servicio que no esté cubierto por su plan será su responsabilidad. Algunos de los servicios pueden ser considerados no cubiertos o no necesarios según los beneficios de su plan específico. Usted será responsable financieramente de los servicios que no estén cubiertos.
6. Cambios en la cobertura: Si su seguro cambia, notifíquenos antes de su próxima visita para ayudarle a recibir el máximo de beneficios. No notificarnos sobre cambios en su seguro puede resultar en la denegación de reclamos y la responsabilidad del paciente de pagar el reclamo denegado.

7. Presentación de reclamos: Su beneficio de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Presentaremos sus reclamos por los servicios proporcionados. Su compañía de seguros puede necesitar información adicional directamente de usted. Es su responsabilidad cumplir con esta solicitud.
8. Cuentas morosas/delincuentes: Si la parte de responsabilidad del paciente de su cuenta tiene más de 60 días de vencida, recibirá una carta indicando que tiene 10 días para pagar en su totalidad. Si su cuenta se vuelve morosa, será responsable de los honorarios de cobro/abogado y costos de presentación.
9. Citas perdidas: Nuestra política es cobrar por las citas perdidas que no sean canceladas con al menos 48 horas de anticipación. Estos cargos serán su responsabilidad y deben pagarse antes de reprogramar. El cargo por citas perdidas para pacientes con POTS o prueba de esfuerzo es de \$100; para todas las demás condiciones es de \$50.
10. Tarifas por formularios: Cualquier formulario como escuela, campamento, deportes, familia y médicos está sujeto a una tarifa que se paga al momento de dejar los formularios. Requerimos 15 días de tiempo de entrega. El cargo depende de la complejidad.
11. Liberación de información médica: Se le proporcionará una copia de nuestras políticas y deberá firmar una autorización para que podamos proporcionar copias de sus registros médicos a su aseguradora. Esta autorización expira un año después de la fecha de su firma a menos que sea cancelada por escrito.
12. Contacto sobre su factura: Puede llamar a nuestro director de facturación al 571-612-2600 para cualquier pregunta o inquietud sobre facturación.
13. Terminación de servicios: Si no responde a 3 avisos enviados a su dirección registrada, acepta que el Instituto del Corazón Infantil - Johns Hopkins Regional Physicians puede terminar su relación con todas sus oficinas. Será considerado paciente activo mientras su cuenta esté en buen estado y le proporcionemos servicios en un período de 3 años. Si no hay contacto por 3 años, se considerará terminada la relación. He leído y entiendo esta política de la oficina y acepto cumplir y aceptar la responsabilidad de cualquier pago que se deba según lo indicado anteriormente.

Nombre del paciente(s): _____

Nombre del responsable: _____ Relación: _____

Firma del responsable: _____ Fecha: _____