

## **POLÍTICA FINANCIERA**

Nos complace que nos haya elegido como su proveedor de atención médica. Para evitar malos entendidos y garantizar el pago oportuno de servicios, es importante que entienda sus responsabilidades financieras con respecto a su atención médica.

Solicitamos a todos los pacientes firmar nuestro *Formulario de autorización y consentimiento para el tratamiento* antes de recibir servicios médicos. Este formulario confirma que usted comprende que los servicios proporcionados son necesarios y adecuados, y le informa acerca de su responsabilidad financiera con respecto a los servicios recibidos según se establece en esta política.

## **RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE**

Los pacientes o sus representantes legales son responsables, en última instancia, de todos los cargos por los servicios proporcionados. Esperamos que, al momento de la visita, pague todos los cargos adeudados por esa visita así como cualquier saldo anterior. Cuando el plan de seguro proporciona información inmediata sobre la responsabilidad del paciente, podemos solicitar el pago de su parte cuando programe y/o se presente a su cita. Para su conveniencia, podemos guardar una tarjeta de crédito registrada para liquidar su cuenta cuando ingrese o salga.

Es posible que reciba una estimación de su responsabilidad como paciente antes o en el momento de su servicio. Si hay una diferencia en la responsabilidad estimada del paciente, le enviaremos un estado de cuenta por cualquier saldo adeudado. Si se produce un saldo de crédito después de que el seguro pague, aplicaremos el crédito a cualquier saldo pendiente en su cuenta. Si no hay saldos abiertos, emitiremos un reembolso.

Si tiene una Visita de bienestar anual o un Examen físico o preventivo, pero necesita o solicita servicios adicionales, le facturaremos a usted los servicios adicionales. Todos los servicios para pacientes menores se le facturarán al padre con custodia o tutor legal. Si no tiene seguro, demuestra tener necesidad financiera y completa los trámites necesarios, puede haber asistencia financiera disponible. Si tiene un saldo elevado, es posible que haya disponible un plan de pagos.

## **SEGURO**

Solicitamos a todos los pacientes que proporcionen su tarjeta de seguro (si corresponde) y prueba de identificación (tal como identificación personal con foto actualizada o licencia de conducir) en cada visita. Si no proporciona una prueba de seguro actual, se le puede facturar como paciente sin seguro (es decir, pago particular). Aceptamos traspaso de beneficios de muchas aseguradoras de terceros, por lo que, en la mayoría de los casos, enviaremos cargos por servicios brindados a su aseguradora. Usted debe pagar la cantidad total estipulada por la aseguradora como responsabilidad del paciente. Tenga en cuenta que nuestras tarifas son solamente por los servicios prestados por los médicos; puede recibir facturas adicionales de laboratorio, radiología u otros proveedores relacionados con el diagnóstico.

**Usted es responsable de comprender las limitaciones de su póliza de seguro, que incluyen:**

- Saber si es necesario obtener una derivación o autorización para visitas a consultorio. (Si es necesario y no cuenta con la derivación o autorización adecuadas, puede recibir una factura como paciente sin seguro).

- Qué pruebas recetadas (laboratorio, radiología, etc.) están cubiertas por su póliza de seguro. (Si elige realizarse una prueba no cubierta, le solicitaremos el pago total al momento de la visita).
- Cualquier copago, coseguro o deducible que pueda aplicarse

### **LEY SIN SORPRESAS (*NO SURPRISES ACT*) / ESTIMACIÓN DE CARGOS DE BUENA FE**

Si no tiene seguro o no está utilizando un seguro para pagar su atención, usted tiene derecho a recibir una "Estimación de buena fe" que explique cuánto costará su atención médica.

Según la LEY SIN SORPRESAS, los proveedores de atención médica deberán dar a los pacientes que no cuenten con un seguro o que no utilicen un seguro una estimación de la factura por artículos y servicios médicos.

- Usted tiene derecho a recibir una Estimación de buena fe del costo total esperado de cualquier artículo o servicio que no sea de emergencia. Esto incluye costos relacionados como exámenes médicos, medicamentos recetados, equipos y tarifas hospitalarias.
- Asegúrese de que su proveedor de atención médica le proporcione una Estimación de buena fe por escrito al menos un (1) día hábil antes de su servicio o artículo médico.
- También puede pedirle a su proveedor de atención médica y a cualquier otro proveedor que usted elija, una Estimación de buena fe antes de programar un artículo o servicio.
- Si usted recibe una factura que sea de al menos \$400 más que su Estimación de buena fe, puede disputar la factura.
- Asegúrese de guardar una copia o una imagen de su Estimación de buena fe.

Para preguntas o más información sobre su derecho a una estimación de buena fe, visite [www.cms.gov/nosurprises](http://www.cms.gov/nosurprises) o llame al 1-888-774-8428.

### **PROCESO DE TARJETA REGISTRADA**

Es posible que se le solicite que proporcione una tarjeta de crédito cuando se registre para su visita. La información se mantendrá de forma segura hasta que su seguro haya pagado su parte y nos haya notificado cualquier cantidad adicional que adeude. En ese momento, le informaremos que el saldo pendiente se cargará a su tarjeta de crédito cinco (5) días después de la fecha de la notificación. Puede llamar a nuestra oficina por cualquier consulta acerca de su saldo. Le enviaremos un recibo por el cargo.

Este programa de «Tarjeta Registrada» simplifica el pago y facilita la carga administrativa en la oficina de su proveedor. Reduce la cantidad de trámites y, finalmente, ayuda a reducir el costo de la atención médica. Sus extractos de cuenta estarán disponibles a través del portal de pacientes y nuestra línea de Atención al Cliente está disponible para responder cualquier pregunta relacionada con el saldo adeudado. Si tiene cualquier consulta sobre el método de pago de tarjeta registrada, comuníquese con nosotros.

## **SUS RESPONSABILIDADES**

***Saldo Pendientes.*** Después de su visita, le enviaremos un extracto de cuenta por cualquier saldo pendiente. Enviamos estados de cuenta cuando el saldo se convierte en responsabilidad del paciente.

Todos los saldos pendientes se pagan contra entrega. Si vuelve a otra visita y tiene un saldo pendiente, le solicitaremos el pago de la nueva visita y del saldo pendiente. Sus saldos pendientes se pueden pagar convenientemente a través de nuestro portal de pacientes.

Podemos agregar un cargo financiero mensual del 1.33 % por su saldo de cuenta pendiente si no paga la totalidad de la cuenta.

**Si tiene un saldo pendiente por más de noventa (90) días, puede ser derivado a una agencia de cobranzas externa y agregarse una tarifa de cobranza del 23 % del saldo adeudado, o cualquier monto permitido por la ley estatal aplicable, además del saldo adeudado.** Además, si tiene cuentas impagas atrasadas, podemos desvincularlo como paciente o no se le permitirá programar ningún servicio adicional a menos que se hayan realizado arreglos especiales.

***Ausencias.*** Si no acude a una cita, se le puede cargar una tarifa de \$ 50.00 por una cita perdida, una tarifa de \$ 75.00 por una cita pediátrica perdida, una tarifa de \$ 100.00 por una cita de atención médica perdida o una tarifa de \$ 200 por un procedimiento o una cirugía perdida. Esta tarifa debe pagarse antes de que pueda programar otra cita. Esta tarifa no puede facturarse al seguro.

***Servicios de interpretación y traducción.*** Si ha solicitado servicios de interpretación o traducción para su visita y no asiste a su cita sin cancelar al menos cuarenta y ocho (48) horas antes de su cita programada, es posible que se le cobre el monto que el servicio de traducción o interpretación cobra a su centro de atención por dicha cita a la cual no acudió.

*En nuestro sitio web [priviahealth.com](http://priviahealth.com) encontrará información adicional sobre nuestras políticas financieras.*

**¡Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica!**