



Política Financiera

Gracias por elegir a Tri-City Cardiology como su proveedor de atención médica. Nuestro compromiso con usted va más allá del tratamiento médico; nuestro objetivo es cultivar una colaboración exitosa entre médicos, personal y pacientes. Su comprensión y cumplimiento de nuestra Política Financiera de la Práctica desempeñan un papel fundamental en esta colaboración. Este documento aborda preguntas comunes relacionadas con nuestros procedimientos financieros. Agradecemos su confianza en Tri-City Cardiology y esperamos brindarle una atención excepcional.

Responsabilidades del Paciente

Para garantizar una experiencia fluida y eficiente, le solicitamos amablemente su colaboración con lo siguiente:

- **Proveer Documentación:** Presente una identificación válida con foto y tarjeta(s) de seguro actual(es) en cada visita para garantizar la presentación precisa y oportuna de las reclamaciones al seguro.
- **Comprender la Cobertura del Seguro:** Comprenda sus beneficios de seguro, limitaciones de cobertura y requisitos de red. Antes de su visita, comuníquese con su empleador o proveedor de seguro para verificar su cobertura y estado dentro de la red.
- **Obtener Referencias y Autorización Previa:** Obtenga cualquier referencia requerida de su proveedor de atención primaria o autorización previa de su compañía de seguro antes de su visita. No obtener la autorización requerida puede resultar en que los servicios no estén cubiertos o en que la cita sea reprogramada.
- **Obligaciones de Pago:** Pague su porción estimada de los cargos al momento del servicio, incluyendo los copagos, deducibles y coseguros aplicables. Estos montos son determinados por su compañía de seguro y son obligaciones contractuales que la práctica no puede eximir ni modificar. No pagar la responsabilidad estimada del paciente antes de la cita o al momento del servicio resultará en la reprogramación de su cita. Cualquier saldo restante del paciente después de que el seguro procese la reclamación debe pagarse en su totalidad dentro de los 30 días posteriores al primer estado de cuenta, a menos que se hayan realizado arreglos previos con nuestra Oficina de Facturación.
- **Proveer Expedientes Médicos:** Proporcione copias de los expedientes médicos relevantes cuando se soliciten, incluyendo resultados de pruebas o estudios de imágenes previos, cuando sea necesario para ayudar en la coordinación de la atención y el procesamiento del seguro.
- **Etiqueta de Citas:** Proporcione un aviso de 48 horas para cancelar o reprogramar citas de oficina. Las cancelaciones tardías, reprogramaciones o inasistencias estarán sujetas a un cargo de \$50. Proporcione un aviso de 72 horas para cancelar o reprogramar pruebas diagnósticas y procedimientos quirúrgicos debido a la programación y preparación especializadas. Las cancelaciones tardías, reprogramaciones o inasistencias estarán sujetas a un cargo de hasta \$250.
- **Comprender las Políticas Financieras:** Asegúrese de comprender completamente nuestra política financiera. No dude en comunicarse con nuestra oficina si tiene alguna pregunta.

Su cooperación al cumplir con estas responsabilidades es muy apreciada y contribuye a la eficiencia y efectividad de su atención.

Asignación de Beneficios para Pacientes Asegurados

Para conveniencia de nuestros pacientes, Tri-City Cardiology participa con muchos planes de salud principales y mantiene contratos con numerosos HMO, PPO, compañías de seguro y programas gubernamentales, incluyendo Medicare, Medicaid (AHCCCS) y el seguro VA Community Care Network (CCN) para Veteranos. Como cortesía, nuestra oficina administrativa presentará reclamaciones a su compañía de seguro por los servicios prestados. La presentación de una reclamación no garantiza el pago. Los pacientes siguen siendo responsables de todos los cargos que no sean pagados por su plan de seguro.

Los pacientes son responsables de proporcionar información de seguro completa y precisa al momento de programar y en cada visita. Si se proporciona cobertura de seguro secundaria, las reclamaciones se presentarán después de que la compañía primaria haya procesado la reclamación. Su compañía de seguro puede requerir información adicional directamente de usted, y es su responsabilidad cumplir con esas solicitudes.

Para los Veteranos que reciben atención a través de VA Community Care Network (CCN), firmar este acuerdo autoriza a Tri-City Cardiology a presentar reclamaciones directamente al administrador externo de VA y a recibir el pago en nombre del Veterano.

Referencia / Autorización Previa

Si su plan de seguro requiere una referencia de su médico de atención primaria o autorización previa de su compañía de seguro, la autorización requerida debe obtenerse antes de su cita. Si la autorización no se ha recibido antes de su visita programada, su cita será reprogramada. No obtener la referencia o autorización requerida resultará en la denegación del pago por parte de la compañía de seguro, y el saldo pasará a ser responsabilidad del paciente.

Pruebas Diagnósticas

Si se ordenan pruebas diagnósticas, nuestra oficina revisará sus beneficios de seguro y obtendrá cualquier autorización previa requerida. La responsabilidad estimada del paciente, incluyendo copagos, deducibles y coseguros aplicables, debe pagarse antes de la prueba. Esta estimación se basa en sus beneficios de seguro actuales. La responsabilidad final del paciente será determinada después de que su compañía de seguro procese la reclamación.

Procedimiento

Si se recomienda un procedimiento, nuestra oficina revisará sus beneficios de seguro, obtendrá cualquier autorización previa requerida y estimará cualquier deducible y/o monto de coseguro que usted pueda deber por los servicios del médico. La responsabilidad estimada del paciente debe pagarse antes del procedimiento.

Si su procedimiento está programado en Tri-City Surgery Centers, nuestra oficina proporcionará una estimación tanto para el médico como para el centro quirúrgico. Si su procedimiento se realiza en otra instalación, nuestra oficina proporcionará una estimación únicamente para los servicios del médico, ya que los servicios de la instalación y anestesia se facturan por separado.

Estas estimaciones se basan en sus beneficios de seguro actuales y en la información disponible al momento de la programación. La responsabilidad final del paciente será determinada después de que su compañía de seguro procese la reclamación de acuerdo con los beneficios de su plan. Si existe un saldo restante después del procesamiento del seguro, se emitirá un estado de cuenta.

Política de Inasistencia y Reprogramación

Proporcione al menos un aviso de 48 horas si necesita cancelar o reprogramar una cita de oficina. Las pruebas diagnósticas y los procedimientos requieren un aviso mínimo de 72 horas debido a los requisitos especializados de programación y preparación.

No cancelar o reprogramar dentro del plazo requerido, no asistir a una cita programada, o no seguir correctamente las instrucciones de preparación requeridas para cualquier prueba diagnóstica o procedimiento que resulte en una cancelación o reprogramación, resultará en un cargo por cancelación o inasistencia.

Los cargos por cancelación no son facturables al seguro y son responsabilidad del paciente.

Programa de Cargos por Cancelación

Servicio	Cargo
Consulta de Oficina	\$50
Prueba Diagnóstica	\$100
Prueba de Esfuerzo Nuclear	\$200
PET Cardíaco o PET/CT o Procedimiento	\$250

Formularios Médicos y Expedientes

Pueden aplicarse cargos por completar formularios médicos tales como FMLA, discapacidad, autorización de la FAA, declaraciones del médico y otras solicitudes administrativas. Estos servicios no están cubiertos por el seguro y son responsabilidad del paciente.

El pago de los cargos aplicables por formularios se requiere antes de que los formularios completados sean entregados. Puede requerirse una Autorización de Divulgación de Información firmada para ciertas solicitudes. Permita hasta diez (10) días hábiles para su finalización.

Opciones de Pago

Tri-City Cardiology acepta Visa, MasterCard, Discover, American Express y CareCredit, así como cheques o cheques de caja, para el pago. No se aceptan pagos en efectivo. Comuníquese con el personal de recepción si tiene preguntas sobre los métodos de pago aceptados.

Se aplicará un cargo de \$40.00 por fondos insuficientes (NSF) a su cuenta por cualquier cheque devuelto. Este cargo es responsabilidad del paciente. Su institución financiera puede cobrar cargos adicionales directamente.

Cuentas Morosas

Las compañías de seguro que operan en Arizona están obligadas a procesar las reclamaciones dentro de los 30 días posteriores a su recepción. Los pacientes son responsables de proporcionar a su compañía de seguro cualquier información solicitada para el procesamiento de la reclamación.

Los saldos del paciente se facturan después del pago de su compañía de seguro o de la recepción de la Explicación de Beneficios (EOB). Se espera el pago dentro de los 10 días hábiles posteriores a la recepción de su estado de cuenta. Las cuentas con saldos impagos después de 90 días estarán sujetas a actividad de cobranza, hasta e incluyendo la derivación a una agencia de cobranza externa. Las cuentas enviadas a cobranza deben resolverse antes de que se puedan programar citas futuras.

Los pacientes que no puedan cumplir con sus obligaciones financieras deben comunicarse con nuestra Oficina Central de Negocios al 480-844-0401 para discutir arreglos de pago. Los pacientes

con saldos vencidos o cuentas en cobranza deberán resolver el saldo o establecer arreglos de pago aceptables antes de que se proporcionen servicios adicionales.

Reconocimiento de la Política Financiera y Asignación de Beneficios:

Nombre del Paciente en Letra de Molde: _____

Al firmar, usted confirma que entiende y acepta que usted, como paciente, es en última instancia responsable de todos los cargos relacionados con su atención. También confirma que ha leído y acepta la Política Financiera y Asignación de Beneficios de Tri-City Cardiology.

Para acceder a nuestra política financiera, visite nuestro sitio web en <https://tricitycardiology.com/patient-center/>

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____