

Política Financiera

En cumplimiento de la Ley Federal de Protección al Consumidor, Florida Cardiology PA le esta facilitando información relacionada con sus responsabilidades financieras.

¡Bienvenido! Nos complace que haya elegido Florida Cardiology PA para sus necesidades de salud especiales. Nos gustaría que usted se familiarice con la forma en que se facturan los servicios, que de seguro afirma que presentemos en su nombre, cuando se solicita el pago de usted y de nuestras políticas de crédito. Creemos que el mejor servicio es posible cuando existe un entendimiento mutuo entre usted y el médico. Le pedimos que se tome el tiempo de leer nuestra política para que podamos evitar cualquier malentendido. Si usted tiene alguna pregunta con nuestro departamento de facturación estará encantado de hablar con usted.

SEGURO

Florida Cardiología participa en muchos de los planes PPO y HMO, así como productos de seguros comerciales y de Medicare / Medicaid. Todos los co-pagos son debidos en el momento en que son prestados.

Si usted tiene un plan de indemnización (80/20) y su deducible vamos a presentar para usted.

****Por favor, dirija sus preguntas a un representante de facturación.**

NOTA: A pesar de que podemos participar en su programa de seguros, algunos cargos siempre son su responsabilidad. Su compañía de seguros puede requerir autorización previa para las visitas al consultorio y / o procedimiento. Entiendo que si la autorización correspondiente no se logra de mi PCP (médico de cabecera) voy a ser responsable de los gastos incurridos. Siempre tiene la responsabilidad de entender la cobertura de su programa de seguros ofrece y su proceso de autorización de referencia.

Le proveerá el estado de cuenta mensual de su cuenta muestra el monto facturado a usted y cualquier pago recibido en su cuenta. Esta facturación mensual también le proporcionará con un envejecimiento detallada de cómo balances largos han sido sobresalientes.

Los pagos pueden hacerse en efectivo o con cheque formar un banco local. También aceptamos Master Card, Visa y American Express.

En caso de necesidad, podemos estar de acuerdo para establecer un calendario de pagos para los pacientes saldos adeudados. Todos los planes de pago están dispuestos en una base de caso por caso. Por favor, hable con un gerente o representante de facturación si los acuerdos de pago son necesarios.

POLÍTICA DE COLECCIÓN

Los pagos de los servicios que han sido facturados a que se deben en su totalidad dentro de los 30 días de haber recibido su estado de cuenta. Si usted no puede pagar dentro de un plazo razonable de tiempo o cooperar con los términos de un acuerdo al calendario de pagos a su cuenta puede ser entregado a una agencia externa para su resolución.

NO CUOTA MOSTRAR

A partir 16 de junio 2006 habrá una cuota de \$ 25.00 evaluados para no mostrar las citas. Los no arribos tienen citas que no sean canceladas con una antelación de 24 horas. Con la debida notificación somos capaces de programar otros pacientes en un intervalo de tiempo vacío y reducir también los tiempos de espera, al no tener que trabajar en los pacientes emergentes.

Trabajo en los pacientes son pacientes que necesitan ser visto dentro de las 24 horas, debido a sus síntomas. Esta es una razón por la que no podemos garantizar que se le sseen a su tiempo señalado. Aunque hacemos todo lo posible para ver a nuestros pacientes dentro de los 30 minutos de la hora de la cita programada, hay ocasiones en que esto no es posible debido a los trabajos en los pacientes, urgencias hospitalarias, los pacientes programados con complica casos, etc. Por favor, que nos ayuden en nuestro esfuerzo de mantener, suavizar un flujo de pacientes como sea posible mediante la cancelación de citas con 24 horas de antelación.

Asigno el pago directamente a la Florida Cardiology PA los beneficios del seguro de otro modo pagadero a mí. Entiendo que soy financieramente responsable de los gastos no cubiertos por esta asignación. Yo le apoyará en la colección de mi seguro en caso de haber un retraso en el pago. Estoy de acuerdo a que prosiga activamente de percibir el pago de seguros por reclamaciones pendientes de pago después de treinta (30) días. Si después de cuarenta y cinco (45) días de la solicitud sigue pendiente de pago, entiendo el saldo será debidamente comunicada mí.

Entiendo que soy financieramente responsable de mi / cuenta del paciente con Florida Cardiology PA independientemente de mis beneficios del seguro.

Yo autorizo una copia de este ser válida como el original.

Firma del Paciente

Fecha