

MOUNTAIN KIDNEY & HYPERTENSION ASSOCIATES, P.A.
Política Financiera

Estamos gustosos de presentar su reclamación de seguro cuando nos proporcione la información y las referencias necesarias. Sírvase estar preparado(a) para pagar todos los cargos al momento del servicio a menos que trámites previos han sido hechos con nuestro Gerente de Facturación (Billing Manager).

Formularios de Discapacidad - \$5.00 por formulario

\$5.00 por proveer documentación de pagos para fines tributarios (impuestos).

Comercial/HMO/PPO

- Es su responsabilidad estar familiarizado(a) con los requisitos y proveedores participantes de su plan específico.
- Se requiere una copia de tarjeta de seguro para presentar reclamaciones.
- De conformidad con sus requisitos de seguro, esté preparado(a) para pagar cualquier co-pago (co-pay), deducible o un 20 % a la salida después de haberse prestado los servicios.

Medicare

- Usted debe presentar su tarjeta de Medicare con el fin de hacer una presentación.

Medicaid

- La tarjeta de Medicaid vigente debe ser presentada al momento del servicio.
- Se debe hacer un co-pago (co-pay) al momento del servicio.
- Los pacientes de Carolina Access no pueden ser atendidos por nuestros médicos hasta tanto recibir autorización del médico de atención primaria (primarycarephysician) para cada visita.

Auto-Pago o Plan Presupuestario

- Nuestro Gerente de Facturación (Billing Manager) ayudará en preparar trámites de pago.

Independiente de su cobertura de seguro, la responsabilidad financiera en última instancia recae en el/la paciente. Le recomendamos verificar con su compañía de seguro con respecto a requisitos específicos con el fin de obtener los máximos beneficios. Ocasionalmente, una compañía de seguro rechazará el pago de una porción de una factura que, a su juicio, "excede usual y acostumbrado". Sírvase estar consciente que cada compañía determina su propia norma de "usual y acostumbrado", usando sus propias estadísticas e influencias regionales. Nuestros honorarios son basados en la cantidad de tiempo, trabajo y destreza requeridos para proveer la atención y cuidado más apropiado. La cantidad de este rechazo será responsabilidad del/de la paciente.

Sírvase consultar nuestro Gerente de Facturación (Billing Manager) si tiene preguntas o inquietudes.

He leído y comprendido la política anterior.

Firma del/de la Paciente (Fiador)

Fecha

