

Política de Responsabilidad Financiera del Paciente

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. Al buscar nuestros servicios médicos, usted acepta la responsabilidad financiera de garantizar el pago total de los servicios recibidos de las siguientes prácticas:

Gastrointestinal and Liver Consultants (GILC) - Servicios Profesionales

Orange County Digestive Center (OCDC) - Instalaciones/Servicios Auxiliares

Orange County Digestive Anesthesia (OCDA) - Anestesia/Servicios Auxiliares

Para ayudarle a comprender su responsabilidad financiera, por favor lea y firme este formulario. Si tiene alguna pregunta, siéntase con libertad de preguntar. Al firmar a continuación o recibir servicios de GILC, OCDC o OCDA, acepta los siguientes términos:

1. **Responsabilidad de pago:** Últimamente usted es responsable de todas las obligaciones de pago que surjan de su tratamiento o atención y garantiza el pago de estos servicios. Usted es responsable de los deducibles, copagos, coseguros o cualquier otra responsabilidad del paciente indicado por su compañía de seguros.
2. **Conocimiento de la Póliza de Seguro:** Usted es responsable de conocer su póliza de seguro. Por ejemplo, usted será responsable de cualquier cargo si se aplica alguna de las siguientes condiciones: (i) su plan de salud requiere autorización previa o referencia de un médico de atención primaria (PCP) antes de recibir servicios, y usted no ha obtenido dicha autorización o referencia. ; (ii) su plan de salud determina que los servicios que recibió no son médicamente necesarios y/o no están cubiertos por su plan de seguro; (iii) la cobertura de su plan de salud ha expirado o vencido en el momento en que recibe los servicios; o (iv) ha elegido no utilizar la cobertura de su plan de salud. Si no está familiarizado con la cobertura de su plan, le recomendamos que se comunique directamente con su aseguranza o proveedor del plan.
3. **Estado de Cuenta:** Se le enviará por correo un estado de cuenta que contiene el costo total de su(s) servicio(s) o procedimiento(s) recibido(s) durante su(s) visita(s). Por lo general, puede recibir este estado de cuenta dentro de los veinte (20) días posteriores a que su compañía de seguros haya respondido a un reclamo presentado. Debe notificarnos cualquier error o objeción al estado de cuenta dentro de los treinta (30) días o se considerarán correctos, y los honorarios y gastos se considerarán razonables y necesarios para los servicios incurridos. Si hay un problema con su cuenta, es su responsabilidad comunicarse con el Departamento de Cobros para abordar el problema o discutir una solución viable.
4. **Métodos de pago:** Aceptamos pagos con cheque, efectivo, giro postal, portal en línea, tarjetas de débito o crédito. Si desea realizar un pago a través del portal para pacientes en línea, comuníquese con el departamento de cobros para configurar la cuenta.
5. **Planes de Atención Administrada (HMO, PPO, etc.).** Todos los copagos de planes de atención administrada son cobrados al momento del servicio. Si su plan de seguro requiere una autorización de un Doctor Primario o de Cabecera (PCP), usted es responsable de presentarla en su visita inicial. Si solicita una visita al consultorio sin una autorización, su plan de seguro puede considerarlo como un tratamiento “fuera de la red” o “no cubierto”, y usted será responsable de una cantidad mayor o de todos los cargos. Usted reconoce que es su responsabilidad conocer qué servicios están cubiertos y acepta pagar cualquier servicio que se considere no cubierto o no autorizado por el plan.

6. **Medicare**. Somos un proveedor participante del programa Medicare y aceptamos como pago lo permitido por Medicare. Usted comprende que será responsable de su deducible anual, copago, coseguro del 20 % y cualquier servicio no cubierto especificado por Medicare, que puede facturarse a un seguro secundario, si tiene uno.
7. **Medicaid/Medi-Cal**. Si es paciente de Medicaid/Medi-Cal, debe presentar una tarjeta de elegibilidad válida al momento de la registracion y antes del momento del servicio. Su estado de elegibilidad se verificará el día antes de la fecha de servicio. Sin verificación de cobertura, usted será responsable del saldo total de su cuenta. Como cortesía hacia usted, su cuenta se facturará a Medicaid/Medi-Cal cuando recibamos toda la información necesaria. Usted es responsable de las partes no cubiertas y los requisitos de reducción de gastos asociados con su cobertura individual. Si en algún momento no es elegible para la cobertura de Medicaid/Medi-Cal y desea ser atendido, será tratado como un paciente que paga por su cuenta y deberá realizar el pago en el momento del servicio.
8. **Servicios Profesionales, de Instalaciones y de Anestesia para Procedimientos**. Recibirá facturas de varios proveedores diferentes por la atención brindada el día de su procedimiento:
 - a. **Médico que realiza el procedimiento (GILC)**: GILC facturará a su compañía de seguros primaria y/o secundaria por sus servicios profesionales y hará todo lo posible para que se paguen nuestros cargos. Sin embargo, si su compañía de seguros considera que los cargos profesionales o los servicios de los proveedores no son médicamente necesarios o no están cubiertos según sus planes de aseguranzas, se le facturará a nuestra tarifa de pago por cuenta propia actual. Los servicios profesionales de GILC no proporcionan estimaciones a menos que lo solicite el paciente.
 - i. **Estimación de solicitud del paciente**: A su solicitud, nuestro departamento de facturación se comunicará con usted para proveer un análisis de costos estimado de los costos profesionales.
 - b. **Orange County Digestive Center (OCDC)**: El centro se comunicará con usted 2 o 3 días antes de la cita de su procedimiento para proveer un análisis de costos estimado de los cobros del centro.
 - c. **Servicios de Anestesia (OCDA)**: Los servicios de anestesia no están incluidos en las estimaciones proporcionadas por nuestra oficina. Como cortesía, facturaremos a su compañía de seguros primaria y/o secundaria por sus servicios de anestesia y haremos todo lo posible para que se paguen nuestros cargos. Sin embargo, si su compañía de seguros considera que los cargos de anestesia o los servicios de los proveedores de anestesia no son médicamente necesarios o no están cubiertos según sus políticas, se le facturará a nuestra tarifa de pago por cuenta propia actual.

El laboratorio de patología y de el patólogo, si se obtienen muestras durante su procedimiento, se facturan por separado de Quest Diagnostic, LabCorp o CMB Laboratory. No se incluyen las estimaciones.

- 9. **Dentro de la red**: recibiremos el pago con una Explicación de Beneficios (EOB), que explicará cualquier copago o deducible que usted deba de acuerdo con su compañía de seguros. Usted será responsable de pagar los copagos y deducibles si así lo exige su compañía de seguros.
- 10. **Fuera de la red**: reclamamos en los que no podemos determinar el pago que realizará su proveedor y, por lo tanto, no podemos cotizar con precisión la parte del pago de la cual usted será responsable. Haremos todo lo posible para cobrar todos los pagos directamente de su compañía de seguros. Tan pronto como recibamos la EOB, podremos tomar esa determinación y le facturaremos el costo que debe según la EOB.

11. **Pacientes que pagan por cuenta propia:** a los pacientes sin cobertura de seguro se les facturará la tarifa de pago por cuenta propia actual. Si desea pagar los servicios y no presentar un reclamo a su compañía de seguros, comuníquese con nuestra oficina.
12. **Las Estimaciones** se basan en los beneficios de elegibilidad recibidos del seguro. La responsabilidad del paciente puede cambiar debido a los beneficios actuales, los costos reales permitidos por el seguro y los diagnósticos/procedimientos presentados. La estimación no considera ninguna póliza de seguro complementaria bajo la cual el paciente pueda estar cubierto. Si se produce un pago excesivo, recibirá un reembolso; Si se produce un pago insuficiente, se le facturará el saldo.

Reconocimiento

Al firmar a continuación, cada uno de los abajo firmantes reconoce que: (i) Se me ha proporcionado una copia del. **Política de Responsabilidad Financiera del Paciente** (ii) He leído, entiendo y acepto sus disposiciones y acepto los términos especificados; (iii) Acepto pagar todos los cargos adeudados (o adeudados) por las siguientes prácticas:

Gastrontestinal and Liver Consultants (GILC) – Servicios profesionales

Orange County Digestive Center (OCDC)- Instalaciones/Servicios Auxiliares

Orange County Anesthesia (OCDA)- Anestesia/Servicios Auxiliares

Para la atención y el tratamiento del paciente a continuación, incluidos copagos y deducibles, según se requiera o proporcione de conformidad con mi plan de seguro y/o el plan de seguro de otro, según corresponda; (iv) los beneficios, si los hubiere, pagados por un seguro terciario se acreditarán en la cuenta del Paciente; (v) independientemente de mi estado de seguro o ausencia de cobertura de seguro, soy en última instancia el/la responsable del saldo de la cuenta por cualquier servicio prestado; (vi) si no realicé alguno de los pagos del cual soy responsable de manera oportuna, seré responsable de todos los costos de cobrar el dinero adeudado.

Además, acepto que una fotocopia de esta Declaración Financiera de Responsabilidad del Paciente será tan válida como el original.

UNA VEZ QUE HE FIRMADO ESTE ACUERDO, YA SEA MEDIANTE FIRMA ORIGINAL, FACSÍMIL O ELECTRÓNICA (".PDF"), ACEPTO TODOS LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES CONTENIDOS EN ESTE DOCUMENTO Y EL ACUERDO ESTARÁ EN PLENO VIGOR Y EFECTO.

Nombre del paciente o representante autorizado

Fecha

Fecha de nacimiento

Firma del paciente o representante autorizado

Fecha