

Financiero y la Póliza de Seguros

Gracias por escoger *St. David's Heart & Vascular d.b.a Texas Cardiac Arrhythmia* para sus servicios de salud.

La cobertura es considerada por *St. David's Heart & Vascular d.b.a Texas Cardiac Arrhythmia* como un acuerdo entre el paciente, la compañía de seguros, y el empleador, en su caso. *St. David's Cardiology d.b.a. Texas Cardiac Arrhythmia* no es parte en ese acuerdo y en consecuencia no esta obligado por cualquiera de los convenios, limitaciones, o restricciones de esa política.

Como un servicio a nuestros pacientes, a presentar reclamaciones de seguros por los servicios prestados. Facturas detalladas se proporcionara a usted por esos servicios bajo peticion. La provision de seguros no libera al paciente de la responsabilidad de los gastos por los servicios que han sido proporcionados.

Todos los gastos incluyendo los servicios no cubiertos, deducibles, y co-pagos, deberan pagarse en la fecha de servicio a menos que otros arreglos de pago han sido hechas con anticipacion.

Si usted tiene seguro medico, usted es responsable de:

- Verifique con su compania de seguros que los servicios realizados o propuestos por nuestra oficina estan cubiertos por su plan individual. Sugerimos que usted se ponga en contacto con el servicio de atencion al cliente. El numero de telephone que aparece en su tarjeta de seguro medico antes de ser visto en nuestra oficina.
- Obtenga autorizaciones o referencias requeridas por su compania de seguros.
- Pague nuestra oficina por cualquier deducible, co-pago o cargos no cubiertos.

A menos que acuerdos especificos se han hecho de antemano para una extension de tiempo, cargos por servicios no cubiertos por el seguro son debidos a la recepcion de la declaracion de paciente. Los pacientes sin recursos financieros suficientes para pagar pueden ser elegibles para Ayuda al Paciente. Si usted tiene necesidades especiales, por favor pongase en contacto con la oficina de facturacion al 512.206.4300 opcion 1 para obtener Consejero Financiero o Representante Paciente de Cuenta para la ayuda.

Si usted no tiene cobertura de seguro medico:

- Pago de la consulta y todos los servicios diagnosticos se espera antes que el servicio es proporcionado.
- Usted recibirá una estimación de cargas quirúrgicas propuesta y será esperado contactar nuestra oficina del negocio para hacer arreglos financieros convenientes antes de su procedimiento.
- Si recibio tratamiento por uno de nuestros medicos en casos de emergencia, por favor, pongase en contacto con la oficina de facturacion al 512.406.4300 opcion 1 para hablar de sus acuerdos financieros tan pronto como sea possible.

Los pacientes sin seguro de salud son elegibles para un descuento del 35% en la tarifa estandar cuando se paga en su totalidad al momento del servicio.

Planes de financiacion estan disponibles para ayudar a los pacientes con los deducibles, co-seguros, y servicios no cubiertos. Estos planes ofrecen opciones flexibles de financiacion para incluir la financiacion sin interes, opciones de pago mensual minimos y un proceso de aprobacion inmediata para los solicitantes calificados. Para obtener informacion adicional sobre las opciones de financiacion, por favor, pongase en contacto con nuestra oficina de facturacion al 512.206.4300 opcion 1.

Declaraciones que muestran el estado de su cuenta se envian mensualmente. *St. David's Heart & Vascular d.b.a Texas Cardiac Arrhythmia* esta preparado para aconsejar cualquier paciente que experimenta dificultades para cumplir con las obligaciones de pago. Si no puede hacer el pago a su vencimiento, por favor, pongase en contacto con la oficina de facturacion al 512.206.4300 opcion 1.

Las cuentas no pagadas dentro de los 45 dias siguientes a la recepcion comunicado estan sujetas a la colocacion con una agencia de coleccion exterior.

En caso de recibir un cheque devuelto, una cuota de \$35.00 se cargara a su cuenta y pago en su totalidad debido a la recepcion de su estado de cuenta.

Porfavor de confirmar la comprension y aceptacion de St. David's Heart & Vascular d.b.a Texas Cardiac Arrhythmia Politica Financiera y Seguros al firmar a continuacion.

Firma de Paciente/Guardian

Fecha

Nombre Impreso del Paciente/Guardian

Fecha de Nacimiento