

## Acuerdo Financiero para

East Bay Cardiovascular and Thoracic Associates  
1320 El Capitan Drive, Suite 120  
Danville, California 94526  
(925) 676-2600

Muchas gracias por elegir East Bay Cardiovascular and Thoracic Associates (EBCVT) como su proveedor de la salud. Estamos comprometidos a establecer una buena relación de doctor a paciente con usted y su familia. Su claro entendimiento de nuestra Póliza Financial de Paciente es importante para nuestra relación profesional. Por favor, comprenda que el pago por servicios médicos es una parte de esta relación. Por favor, le aconsejamos que pregunte acerca de nuestras póliza, tarifa o sus responsabilidades como paciente. Es su responsabilidad notificar a nuestra oficina si tiene cambios de su dirección, nombre, aseguranza, etc.

### Co-Pagos

El paciente es responsable presentar la tarjeta de aseguranza médica en cada visita médica. Todos los co-pagos y balances atrasados tienen que ser pagado al momento de registrarse, a no ser que haya hecho arreglos anteriores con nuestra coordinadora de beneficios. Aceptamos dinero en efectivo, cheques y tarjetas de crédito. Absolutamente no aceptamos cheques con fecha atrasada. Cualquier co-pago que sea pedido pagar a otro día (mandarle una factura) tendrá una sobrecarga de \$ 10.00, qué será añadida y reflejada en su estado de cuenta.

### Reclamación de Seguro de Salud

La aseguranza medica es un contrato entre usted y su compañía de seguros. En muchos casos, nosotros no somos parte de ese contrato. Nosotros enviaremos la reclamación a su primera compañía de seguros médicos como cortesía a ud. Para enviar la cuenta/factura a su aseguranza medica, necesitamos que usted declare toda la información necesaria, incluyendo la de su primer y segundo seguro de salud, como también cualquier cambio de información. Falta en proveer información completa podrá resultar en pasar la responsabilidad financiera completa al paciente. Aunque estimamos que su compañía de seguro de salud pagará, son ellos lo que determina su elegibilidad y beneficios. Si su compañía de seguros de salud no está contratada con nosotros, usted es responsable de pagar su porción de los cargos que no son cubiertos por su aseguranza, incluyendo y no limitados a los cargos usuales. Si nosotros no somos parte de la cadena/red de su aseguranza medica y la compañía de seguros de salud le paga a usted directamente, usted es responsable de mandar el pago inmediatamente a nosotros.

La lista de Compania de Seguros que participamos está enumerada abajo (Por favor mantenga en mente que algunos proveedores de EBCVT no son contratados o no están en la cadena/red de su compañía. Por eso es su responsabilidad verificar que el proveedor/doctor esté contratado antes de su visita medica.

- AARP/UHC
- AARP Supplemental
- Aetna EPO, POS, PPO, HMO
- Aetna Medicare Managed



- Affinity Medical Group (based on provider)
- Anthem Blue Cross PPO
- Anthem Blue Cross HMO
- Blue Shield of California PPO, HMO
- Blue Shield Federal
- Blue Out of State
- Blue Shield 65 plus
- California Iron Workers (Union) BC plan
- Carpenters Health & Welfare (Union) BC plan
- Contra Costa Health Plan (CCHP) Medi-Cal plan
- Contra Costa Health Plan Basic plan
- Contra Costa Health Plan Medicare Managed
- Contra Costa Health CCN plan
- Cigna PPO, POS, HMO
- Cigna Medicare Managed
- Delta Health Systems
- Eastbay Drayage Drivers (Union) BC plan
- First Health (Third party)
- Health Net PPO, HMO
- Health Net Medicare Managed
- Hill Physicians
- Health Plan of San Joaquin (Medi-Cal plan)
- Humana PPO
- Humana Supplemental
- John Muir IPA
- John Muir Network Select POS plan
- Kaiser (by referral/authorization only)
- Laborers Health and Welfares (Union) BC plan
- Medi-Cal
- Medicare
- Medicare Railroad
- Northern Ca Bakery Drivers (Union) BC plan
- Operating Engineers (Union) BC plan
- Scan PPO Medicare Managed
- Scan HMO Medicare Managed
- Secure Horizons Medicare Managed
- Sheet Metal Workers (Union) BS plan
- State Compensation (Workers Comp)
- Sutter Select/UMR
- Teamsters Benefit Trust (Union) BC plan
- Tricare West region only
- UMR
- United HealthCare PPO, HMO
- Unitedhealthcare Medicare Managed
- UFCW (Union) BS plan
- VA (referral only)
- Workers Comp

La frase entre comillas *“Beneficios y/o Autorizaciones no garantiza pago de su seguridad. Pagos de beneficios están sujetos a los términos, condiciones y limitaciones a el contrato del miembro en todos los tiempos de servicios”*.

### **Compania de Seguros Medicos que Participamos**

Si su plan es uno de los cuales nosotros no participamos, usted será responsable por el pago total.

### **Referencias y Pre-autorizaciones**

Cierta compañías de seguros de salud ( HMO, POS, etc) requiere que usted obtenga una referencia o una pre-autorización de su doctor de atención primaria (PCP) antes de su visita con un especialista. Si su compañía de salud requiere una referencia o una pre-autorización, usted es responsable por obtenerla. Fallo en obtener esta referencia podría resultar en menos o ningún reembolso de su compañía de seguros. Pagos pre-negociados o cambios de su cita podrían ser necesarios si no se obtiene lo requerido.

### **Cuentas de Pagar en Efectivo**

Este tipo de cuentas es para el paciente que no tiene cobertura de seguridad médica, los pacientes que tienen cobertura médica con una compañía que nuestros doctores no participan,



o los pacientes que no tienen su tarjeta de aseguranza médica archivada con nuestra oficina. Todos estos tipos de cuentas son considerados cuentas de pagar en efectivo. No aceptamos cartas de abogados o pagos de circunstancia. Siempre es la responsabilidad del paciente saber si nuestra oficina participa con su compañía de seguros médicos. Pacientes con cuentas de pagar en efectivo necesitan traer \$ 100.00 para su visita inicial. Podemos ofrecerle un acuerdo de pagos si necesita. Por favor, si desea hablar con nuestra coordinadora de beneficios para discutir un plan de pagos que sea mutuamente conveniente. No es nunca nuestra intención causarle dificultades a nuestros pacientes, solo proveerlos con el mejor cuidado posible con la menor cantidad de tensión.

### **Accidentes de Vehículo and Seguro contra Tercer Partido**

Nuestra oficina no acepta ningún seguro contra tercer partido. Nuestra relación es con usted y no con su tercer partido (automóvil, dueño de casa, etc.) Es su responsabilidad buscar el reembolso de ellos. Sin embargo, si nos solicita, someteremos una demanda/reclamación a su primer compañía de seguros médicos. Usted va a recibir una encuesta/preguntas de ellos de su accidente que ud. tendrá que completar. Si esta encuesta no es devuelta a la compañía de seguros o si la reclamación es negada, usted será responsable por el balance total.

### **Compensación de Trabajadores**

Es la responsabilidad del paciente proveer a nuestro personal con la autorización o el nombre de su empleador/jefe de su reclamación de compensación de trabajadores. Si esta es negada por el seguro de compensación, esta se hace parte de la responsabilidad del paciente. Si nos solicita, someteremos una demanda/reclamación a su compañía de seguro de salud con una copia de reclamación negada. Si esta es negada, usted será responsable por el balance total.

### **Citas Perdidas/Falta**

EBCVT requiere un aviso de 24 horas para cancelar una cita. Citas perdidas/faltas sin cancelación previa tendrá una cargo de \$50.00.

### **Cheques Rechazados**

El cargo por un cheque rechazado del banco es \$ 25.00. Pagar en efectivo, o giro postal. Este será aplicado a el balance previamente acumulado.

### **Copias de Archivo Medico/EDD(Dept del Desarrollo de Empleo)/FMLA(Ausencia Familiar)**

Pacientes que requieren copia de los archivos médicos tienen cargos:

- \$10.00 - 10 a 20 páginas
- \$15.00 - 21 a 49 paginas
- \$20.00 - mas de 50 páginas
- \$20.00 - formas de EDD
- \$20.00 - formas de FMLA
- \$5.00 - quema de CD's

Abogados y Compañías de Seguros Médicos tienen un costo de \$25.00 por archivos médicos y/o una cuenta detallada.



Para las formas de EDD, por favor permitir de 5-7 días laborales desde el día de su dada de alta del hospital para poder completar las formas. Si estas formas están listas hasta de 5-7 días, usted recibirá una llamada telefónica para informarle. Si es un pedido urgente, déjenos saber para poder completar lo más pronto que podamos.

### **Menores de Edad**

Los padres o guardianes legales son responsables del balance completo, recibirán todas las facturas. Un permiso legal firmado es requerido para los menores de edad que vienen solos a las citas.

### **Poliza de Balance Pendiente**

Es la póliza de nuestra oficina que todas los balances pendiente recibirán tres facturas. Si ningún pago es recibido, recibirá una llamada telefónica para hacer un plan de pagos. Si no hay una resolución, la cuenta pendiente será transferida a una compañía de colección, o a un abogado y posiblemente será despedido de nuestra práctica médica.

En el evento que su cuenta es transferida a colección, la persona financieramente responsable por la cuenta, también será responsable de los cargos de colección, abogados o de la corte.

A pesar de cualquier plan personal que el paciente tenga fuera de nuestra oficina, si ud. es mayor de 18 años de edad y está recibiendo tratamiento, ud. es ultimadamente responsable por los pagos de servicios.

Esta póliza financiera nos ayuda a proveer un cuidado de calidad a nuestros pacientes. Si usted tiene alguna pregunta o necesita una clarificación de lo mencionado es estas paginas, por favor tenga la libertad de comunicarse con nosotros.

### **Coneccion/Trato Legal entre los Centros de Cirugía y Proveedores**

Yo, comprendo que los doctores proveen servicios médicos al paciente, incluyendo los anesthesiólogos, patólogos, radiólogos, etc., son contratistas independientes y no son empleados o agentes de nuestro centro. Yo, también comprendo que todos los contratistas independientes mandaran su cuenta separada por servicios dados.

Con mi firma, tomo razón que he recibido este Acuerdo Financial para:  
East Bay Cardiovascular and Thoracic Associates (EBCVT)

---

Paciente o Firma del Individuo Legalmente Autorizado

Fecha

---

Nombre Escrito

Fecha

---

EBCVT Firma del Testigo

