

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA



(866) 707-OMNI (66 64) • www.OmniFamilyHealth.org

¡BIENVENIDO!

Gracias por escoger Omni Family Health (OFH) como su proveedor de atención primaria. Tenemos el compromiso de darle la mejor atención posible. Es importante para nuestra relación profesional que comprenda claramente la política financiera de nuestro consultorio médico. Hacemos todo el esfuerzo posible por mantener nuestras tarifas razonables mientras cubrimos al mismo tiempo el costo de los servicios que prestamos. El pago de su factura se considera parte de su tratamiento y responsabilidad general. Para mantener los costos de la atención médica al mínimo absoluto, adoptamos las políticas siguientes.

Tarifas y pagos

Las tarifas son estándar y se basan en la complejidad de la visita. Se necesita el pago completo en el momento de su visita y se puede hacer en efectivo, cheque personal, orden de pago, Visa, MasterCard o Discover.

Aunque presentar los reclamos de seguro es una cortesía que tenemos con todos nuestros pacientes, todos los cargos son su responsabilidad desde la fecha en que se prestan los servicios. OFH presentará reclamos a los seguros (primario y secundario) incluidos durante el registro. Su seguro es un contrato entre usted o su empleador y la aseguradora, nosotros no somos parte del contrato. Para que presentemos un reclamo en su nombre, debe presentar

una copia **ACTUAL** de su tarjeta de seguro en cada visita y avisar sobre cualquier cambio a su información personal.

No todos los servicios son un beneficio cubierto en todas las pólizas; por lo tanto, es muy importante que entienda las disposiciones de su póliza individual. Las compañías de seguros seleccionan determinados servicios que no cubrirán, por lo que no podemos garantizar que su aseguradora pague todos los reclamos. Algunos ejemplos frecuentes de servicios no cubiertos son los análisis de laboratorio, radiología, farmacia, suministros o análisis de laboratorio dentales, lentes de contacto, salud mental y quiropráctico, etc. La denegación de su reclamo no lo exime de su responsabilidad financiera con OFH.

TENGA EN CUENTA: cada visita se documenta en su expediente médico y el proveedor hace un diagnóstico. Los diagnósticos se hacen basándose en la información médica, no basados en la cobertura de las compañías de seguros. Pedir un cambio de diagnóstico solo con el propósito de conseguir el reembolso de una aseguradora es incorrecto y se considera fraude de seguros.

En el momento del registro es necesario que:

- I. Verifique la información de contacto personal
- II. Presente una copia actual de la tarjeta de seguros
- III. Presente una identificación con fotografía actual
- IV. Pague cualquier saldo pendiente
- V. Pague la consulta de hoy

Verificaremos su cobertura hasta tres días antes de su visita y de nuevo durante el proceso de registro. Si no podemos hacerlo, se considerará que usted paga por su cuenta y usted será responsable del pago total en su visita.

Escala variable de descuentos

Como Centro médico calificado federalmente (Federally Qualified Health Center, FQHC), la política de OFH es hacer que la atención médica sea asequible ofreciendo un programa de descuentos de cargos según la escala variable de descuentos (SFDS) a los pacientes elegibles según el tamaño de su familia y el nivel de ingresos según las Directrices federales de pobreza (FPG). Será su responsabilidad hacer el pago total de los servicios que no están cubiertos según la escala variable de descuentos en el momento del servicio. Estos servicios son análisis de laboratorio, radiología, farmacia, suministros o análisis de laboratorio dentales y lentes de contacto.

Pago por cuenta propia

Para atender las necesidades de nuestros pacientes sin seguro y pacientes con limitaciones de cobertura que no sean elegibles para nuestro SFDS, ofrecemos una tarifa reducida de nuestras tarifas normales y habituales. Este descuento reconoce el menor costo involucrado en la facturación y los cobros cuando no es necesario presentar un reclamo a un tercero pagador. Para calificar, debe hacer el pago TOTAL antes o en el momento de finalizar su consulta o procedimiento. Cualquier saldo restante no es elegible para un descuento. Este descuento se aplica a todos los servicios médicos prestados y se ofrece solo en el momento del servicio.

Exámenes anuales de la vista

Verifique con su seguro si es elegible para los exámenes de la vista y material de los anteojos y lentes antes de hacer su cita. Es posible que algunos seguros no cubran todos los servicios de la vista incluyendo, entre otros, exámenes de la vista o material de los anteojos y lentes.

Copagos

Su aseguradora nos exige que cobremos copagos en el momento de prestar el servicio. Renunciar al copago puede considerarse fraude según la ley estatal y federal. Si no tiene su copago, es posible que se re programe su cita.

Cita con saldo en mora

Los pacientes que no son elegibles para SFDS y tienen un saldo en mora deben pagar el total de los servicios. Una cuenta en mora se define como un saldo del paciente por más de 120 días si el paciente no ha hecho ningún pago ni ha buscado ayuda por dificultades financieras durante ese tiempo. Si no se hace dicho pago, el saldo se puede remitir a una agencia de cobros externa.

Medicare y Medi-Cal

Aceptamos con gusto a los pacientes de Medicare y facturaremos nuestros servicios con las tarifas permitidas. Las normas de Medicare exigen que firme un Aviso anticipado para el beneficiario (Advanced Beneficiary Notice, ABN) en cada visita en la que es posible que su procedimiento no esté cubierto. Este formulario ayuda a explicar qué servicios no cubre Medicare y pueden ser su responsabilidad. Los servicios no cubiertos incluyen, entre otros, quiroprácticos y de la vista.

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA



(866) 707-OMNI (66 64) • www.OmniFamilyHealth.org

Documentos de la Ley de ausencia familiar y médica y discapacidad

Si su empleador exige que su proveedor complete los documentos de la Ley de ausencia familiar y médica (Family Medical Leave Act, FMLA) o discapacidad, ofrecemos las siguientes opciones:

- I. Un formulario creado por nuestro consultorio médico que cumple las necesidades del empleador y del paciente. Los pacientes pueden pedir que se llene este formulario en cualquier momento para aclarar su condición actual. El tiempo para devolver este formulario puede ser hasta de 15 (quince) días laborables y no hay cargo para el paciente por este servicio.
- II. Los formularios que su empleador envía directamente y que necesitan más información toman un tiempo considerable para que el personal los complete. Nos complace completar estos formularios por usted; sin embargo, puede haber un tiempo de devolución máximo hasta de 15 (quince) días calendario y un cargo de \$25.00 pagadero por anticipado.

Expedientes médicos

Todos los pacientes de OFH pueden pedir una copia de sus expedientes médicos por medio de nuestro Portal para pacientes. Esto se puede hacer sin cargo para el paciente y se recibirá electrónicamente en un período de 30 (treinta) días laborables.

CARGOS VARIOS

Cargo por cheque rechazado

Los cheques con fondos insuficientes (NSF) están sujetos a una tarifa de \$19.00 (esto no se incluye en ningún cargo incurrido por la institución financiera)

Cargo por cobro

Las cuentas que no se hayan pagado en el plazo de 90 días después de la fecha del servicio se pueden enviar a una agencia de cobros externa y se pueden reportar a una o a todas las agencias nacionales de informes de crédito. Además de su saldo pendiente, se puede agregar un recargo del 33 % para cubrir nuestros costos. Además, se le dejará de atender en el consultorio médico.

Reembolsos

Los casos que incluyen artículos implantables se evaluarán individualmente. Los reembolsos para los pacientes se procesan el tercer jueves de cada mes. Todas las cuentas que tienen reclamos pendientes no serán elegibles para un reembolso.

La parte responsable debe poner sus iniciales abajo, Como registro de revelación:

- I. _____ Los cargos calculados por todos los servicios, incluyendo los saldos, deducibles, copagos y servicios no cubiertos sin pagar, vencen en el momento en que se presta el servicio cubierto. Se aplicará un cargo por cheque rechazado hasta de \$25 por cada cheque rechazado. Los saldos no pagados están sujetos a la colocación para cobro y cargos por cobro.
- II. _____ Hicimos acuerdos previos con muchas aseguradoras para aceptar una cesión de los beneficios. Esto significa que facturaremos a los planes de seguros contratados y lo responsabilizaremos por la parte que la aseguradora cede como su responsabilidad (deducibles, coseguros, copagos y servicios no cubiertos). Aceptamos planes dentales, de salud conductual y de la vista. El tipo de servicio que reciba indicará el tipo de seguro al que facturaremos. Todos los servicios facturables generalmente se envían a los planes médicos.
- III. _____ El aviso anticipado de no cobertura para el beneficiario (Advance Beneficiary Notice of Non-coverage, ABN), también conocido como una exención de responsabilidad, es un aviso que recibirá y firmará cuando esté planificando recibir servicios o tratamientos que creemos que Medicare no cubrirá. Esto le servirá como advertencia de que es posible que Medicare no pague su tratamiento, pero usted está aceptando pagar los servicios si Medicare deniega la cobertura.
- IV. _____ Las partes cobradas por procedimientos dentales son solo cálculos aproximados. Después de que su aseguradora procese el reclamo, usted recibirá un estado de cuenta por cualquier saldo restante que se considere que es su responsabilidad. El pago vencerá en el momento de recibir el estado de cuenta. Si su aseguradora le paga directamente los servicios facturados por OFH, es su obligación enviarnos el pago inmediatamente.
- V. _____ Se usará una tarjeta de crédito que tengamos en archivo para garantizar cualquier saldo adeudado a OFH después de que su plan de seguros haya pagado su parte. Esto también se puede usar para los deducibles, copagos y acuerdos establecidos entre usted y nuestro departamento financiero. Este proceso permite que OFH resuelva los saldos abiertos de manera oportuna.
- VI. _____ No participaremos en las disputas entre usted y su aseguradora relacionadas con deducibles, copagos, cargos no cubiertos, etc. Sin embargo, haremos determinadas solicitudes de autorización previa para recuperar tantas tarifas no cubiertas como sea posible. No obstante, su póliza de seguros es un contrato entre usted y su aseguradora. Comuníquese con su representante de seguros y entienda su cobertura y sus beneficios antes de someterse a cualquier servicio/procedimiento.

En OFH, entendemos que los problemas financieros pueden afectar el pago puntual. Lo animamos a informar dichos problemas a nuestra Oficina Comercial para que podamos ayudarlo a mantener su cuenta en buenos términos. Podemos darle más recursos como acuerdos de pago, tarjeta de crédito, solicitudes de SFDS o información de contacto de Medi-Cal del estado. Solo se harán ajustes basados en las obligaciones contractuales con el seguro o con una aprobación previa por escrito. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestra Oficina Comercial al teléfono 661-758-7740.

ENTIENDO LA INFORMACIÓN DE ARRIBA Y SERÉ RESPONSABLE DEL PACIENTE MENCIONADO ABAJO.

Nombre del paciente en letra de molde: _____ Identificación: _____