

## **GastroIntestinal Healthcare (GIH) Política Financiera**

**Seguro:** La mayoría de los planes de seguro cubren el costo del procedimiento, menos cualquier caso copagos, co-seguros y deducibles. Es su responsabilidad de: consulte con su plan por adelantado para asegurar que participamos con su plan de seguro, revisar su cobertura de beneficios; y garantizar todos los pre- aprobación se cumplen los requisitos para evitar rechazos o beneficios fuera de la red. Su póliza es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No somos una parte de ese contrato y no podemos garantizar el pago por su compañía de seguros. Si su plan de seguro no paga por todos los servicios o niega la cobertura, usted será totalmente responsable de todos los honorarios contratados debido. Si su compañía de seguros se niega a pagar de su reclamo, póngase en contacto con su compañía de seguros directamente. Vamos a permitir que su compañía de seguros de 45 días para pagar su reclamación de seguro. Si no han pagado por el día 46, usted será el único responsable de cualquier saldo adeudado, y se le facturará en consecuencia. La insatisfacción con su compañía de seguros no constituye razón para retener el pago de su cuenta con la GIH. Hacemos aceptar la asignación de sus beneficios; Sin embargo, tenga en cuenta que algunos o todos los servicios que presta puede ser un servicio no cubierto por su plan. Usted será responsable de estos cargos no cubiertos. En el caso de que su cobertura de seguro se refiere a un plan en el que no somos un proveedor participante, usted será el 100 % responsable de todos los gastos incurridos.

**Todos los co-pagos, deducibles y co-seguro son debidos en el momento del tratamiento.** Debemos recibir la información de facturación en cada visita con el fin de satisfacer las reclamaciones pautas de presentación establecidos por su plan de seguro. Si bien la práctica o el plan no recibe información precisa necesaria para procesar su reclamo, usted será responsable. Debemos tener una copia de su tarjeta de seguro actual en un archivo para usted o un miembro de su familia. Si usted no tiene su tarjeta de seguro, vamos a pedir el pago en su totalidad al momento de la visita.

### **En resumen, su responsabilidad financiera se refiere a:**

- Denegado y servicios no cubiertos
- Servicios considerados no médicos necesarios por su compañía de seguros
- Co-pagos, deducibles, co-seguro
- A la espera de las reclamaciones por falta de pacientes y/o información garante
- No seguro y/o fuera del beneficio de la red
- Pacientes auto-pago deben pagar en su totalidad al momento del servicio

**Costos:** Dependiendo de nuestro contrato con su compañía de seguros en particular, su procedimiento podría resultar en una combinación de los siguientes cargos:

1. Cargo Profesional - este es el cargo del doctor para realizar el procedimiento.
2. Cuota de facilidad - este es el cargo por el Centro de Endoscopia.
3. Patología cuota - si es necesaria una biopsia, se le facturará por separado para estos servicios, que no están incluidos en el cálculo financiero proporcionado a usted antes de su procedimiento.
4. Anestesia cuota - usted puede ser facturado por separado para servicios de anestesia por Carolina Anestesia. Este cargo no está incluido en el cálculo financiero que ofrecemos a usted antes de su procedimiento.

**Estimaciones:** Cualquier cargo que se nos proporcionó cuando se programó su procedimiento eran sólo ESTIMACIONES para el Médico y de las facilidad. No tenemos forma de afirmar exactamente lo que los cargos serán antes de un procedimiento, y su tratamiento pueden cambiar. Las estimaciones no incluyen patología o anestesia honorarios, que se facturan por separado. No podemos renunciar a cantidades definidas como la responsabilidad del paciente en que dicha renuncia pudiera contravenir La Casa Estatal y las leyes federales.

**Opciones de pago:** Aceptamos todas las tarjetas de crédito, dinero en efectivo, órdenes de pago, cheques y Care Credit. Si usted no tiene una cuenta de Care Credit, visite nuestro sitio web en [www.giraleigh.com](http://www.giraleigh.com), o llame a nuestra oficina al 919-870-1311 para obtener instrucciones sobre cómo solicitar esta opción de pago, que debe ser completado y aprobado antes a la fecha de su procedimiento. Aceptamos pagos electrónicos a través de nuestra página web portal de pago del paciente segura en línea en [www.giraleigh.com](http://www.giraleigh.com). Un cargo por servicio de \$ 35.00 será aplicado a su cuenta para todos los cheques devueltos o cualquier pago parado de un cheque emitido.

**Cuentas Colecciones:** Los saldos vencidos no pagados serán entregados a una agencia de cobro después de 45 días a menos que los arreglos de pago se han hecho con la GIH.

**Reembolsos:** GIH emitirá reembolsos una vez que todas las reclamaciones de seguros se han pagado y su cuenta tiene un saldo acreedor. Los reembolsos no serán emitidos por cantidades menos que a \$10.00. Los reembolsos se emitirán cada dos semanas.

**Las Citas Perdidas:** Requerimos un aviso de 24 horas de cancelación para todas las citas. Si no recibimos al menos 24 horas de anticipación, podemos cobrarle una tarifa cita perdida de \$ 25.00. Este cargo no se le cobrará a su compañía de seguros.

**Autorización:** Estoy de acuerdo en ser responsable de los gastos médicos incurridos con GIH, por lo tanto, autorizo a mi compañía de seguros, abogado, o otras partes que pagan directamente a la GIH, y/o proporcionar cualquier información relacionada con el pago de mi factura. He leído, entendido y aceptado la política financiera indicado anteriormente y acepto la responsabilidad por cualquier saldo no cubierto por mi compañía de seguros.

**Firma de la Parte del Paciente o Responsable:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_