

SEYMOUR I. HEPNER, MD, FACC  
SHERIF S. TAWFIK, MD, FACC  
ALAN BENHEIM, MD, FACC  
SHARON S. KARR, MD, FACC  
JIN H. PARK, MD, FACC  
ROBERT ESCALERA II, MD, FAAP  
ANNETTE K. ANSONG, MD, FAAP  
IRENE M. SADR, MD, FACC

**LOCATIONS:**  
FAIRFAX  
LOUDOUN  
CENTREVILLE  
RESTON  
WOODBIDGE  
HAYMARKET  
ALEXANDRIA

**PEDIATRIC CARDIOLOGY ASSOCIATES, PC**  
**Phone: (703) 573-0504 Fax: (703) 573-4856**

## ***POLITICAS Y GUIA INFORMATIVA DE LOS SEGUROS***

La siguiente información es con el propósito de darle una guía general para un mejor entendimiento de su seguro y de lo que usted es responsable antes de su visita a nuestra oficina. Hay muchas y diferentes compañías de seguros, como también los beneficios pueden variar. Debido al crecimiento en el número de planes de seguro y los diferentes beneficios, nosotros no podemos predeterminar si su visita va a ser cubierta por su compañía de seguros.. Debido a que usted va a ser la persona responsable por cualquier monto que no sean cubiertos por su plan, le recomendamos que llame a su compañía de seguro antes de cada cita médica. Nosotros no hacemos preautorizaciones de la citas y no llamamos a la compañía de seguro antes de su cita médica para obtener información, nosotros le pedimos que usted lo haga. También le pedimos que este preparado a pagar su co-pago el día de la cita, como ha sido establecido en su contrato con la compañía de seguro.

Le damos algunos ejemplos de las cosas que debe saber. Pregunte si nuestra oficina y el doctor que va a ver al paciente participa en su plan, también pregunte si estamos dentro o fuera de la red de su plan de seguro. Estas dos preguntas van a ser la diferencia si esta cubierto y finalmente le haran saber el porcentaje por el cual va a ser financieramente responsable. Pregunte cuánto puede ser su deducible y coaseguransa. Pregunte cual va a ser el porcentaje que la aseguradora cubre y cual es el porcentaje por el cual usted debe responder. Esto puede variar dependiendo si nosotros participamos y/o estamos dentro o fuera de la red.

Pregunte si necesita una referencia para la cita. La mayoría de los planes HMO necesitan una referencia, pero esto se una información general. Si usted necesita una referencia y no la tiene, su compañía de seguro no va a cubrir su cita y usted sera responsable por los cargos de la visita. Todos pacientes de Kaiser tienen que obtener autorizacion. Porfavor tenga la autorizacion con usted el dia da su cita. Kaiser tiene una poliza muy estricta sobre las autorizaciones, entonces favor de tener una lista antes de su cita.

Si su compañía de seguro rechaza su petición por cualquier razón, usted sera responsable por cualquier balance que se deba. Nosotros le solitamos que tome una posicion activa trabajando con su compañía de seguro y nuestra oficina para asegurarle una buena experiencia. Nosotros estamos dispuestos a ayudarle con este proceso.

Por último, nuestra oficina no envia solicitudes a seguros secundarios. Si usted tiene un seguro secundario, usted debe llamar a su agente del seguro secundario y solicitarle que arregle un cruce de “cuentas automático” así su seguro primario mande su solicitud directamente a su seguro secundario. Una vez el cruce de cuentas automático este arreglado, su seguro secundario debe hacer el pago directamente a nuestra oficina, así nosotros no le mandaremos una cuenta por el saldo. De no ser así usted será responsable por el saldo. Sí su seguro primario no ofrece el cruce de cuentas, entonces nosotros le mandaremos la cuenta y usted puede mandarla a su seguro secundario para el reembolso. Los pacientes con Medicare como su seguro primario deben llamar al 800-633-4227 para determinar si ya esta programado el cruce automático de cuentas. ***Por favor contacte a su seguro secundario para programar el cruce de cuentas automático.***

Gracias por su tiempo y esfuerzo en preparar estas cosas antes de su visita. Esto nos ayudara a proveerle un servicio de alta calidad y le ahorrará a usted y su familia tiempo al registrarse el día de su cita.

SEYMOUR I. HEPNER, MD, FACC  
SHERIF S. TAWFIK, MD, FACC  
ALAN BENHEIM, MD, FACC  
SHARON S. KARR, MD, FACC  
JIN H. PARK, MD, FACC  
ROBERT ESCALERA II, MD, FAAP  
ANNETTE K. ANSONG, MD, FAAP  
IRENE M. SADR, MD, FACC

**LOCATIONS:**  
FAIRFAX  
LOUDOUN  
CENTREVILLE  
RESTON  
WOODBIDGE  
HAYMARKET  
ALEXANDRIA

**PEDIATRIC CARDIOLOGY ASSOCIATES, PC**

**Phone: (703) 573-0504 Fax: (703) 573-4856**

Gracias por escoger Pediatric Cardiology Associates para el cuidado de su hijo (a). Por favor lea nuestra políticas con cuidado. Nosotros apreciamos sus esfuerzos para acomodarse a nuestras políticas, con esto nos permiten proveer servicio y cuidado de alta calidad a todos nuestros pacientes y sus familias.

**\*\* Por favor sea consiente que algunas de las citas medicas pueden durar más de una hora. \*\***

**POLITICAS DE LA OFICINA**

**POR FAVOR LLEGUE A TIEMPO:** Por favor llegue a tiempo a su cita. Es muy importante ya que la cita puede durar de 1 a 2 horas para los pacientes nuevos y tratar de acomodar a los pacientes que llegan tarde es un poco dificil. Si llega 15 minutos tarde nosotros trataremos de ver si hay alguna otra hora disponible en el horario para acomodarlo pero puede que tengan que volver mas tarde, posiblemente con otro doctor o en otro caso tendremos que darle una nueva cita para otro dia.

**QUE DEBE TRAER:** Por favor traiga la tarjeta del seguro y una identificación con foto. Para su cita necesitamos que tenga su referencia si su seguro lo requiere. Pacientes de Kaiser deberian planear llevar su autorizacion en mano a su cita por la estricta poliza que tienen. Tiene que estar escrito "autorizacion" o "autorizado". Si dice "pendiente" no sera aceptado.

**PREPARACION:** Por favor no ponga ningun tipo de locion o crema en su hijo(a) antes de la cita. Nosotros casi siempre hacemos un EKG, lo que require poner parches adhesivos en la piel. No es posible obtener un buen resultado si los parches no se pegan a la piel correctamente. Si su hijo(a) viene a un examen de stress por favor hagan que tomen un desayuno o almuerzo ligero el dia del examen, pero nada de comer una o dos horas antes del examen. Nada que contenga cafeina el dia del examen, esto incluye sodas, chocolates, café o te. Haga que el paciente traiga ropa comoda para hacer ejercicio, zapatos con suela de goma, de amarrar o con adhesivo preferiblemente que sean zapatillas. Traiga una toalla y agua. Para las mujeres sugerimos que usen un sosten deportivo o la parte de arriba del vestido de bano y no sosten con alambre.

**LLEGADAS TARDE:** Nosotros somos una práctica que trata de proveer alta calidad en el cuidado de nuestros pacientes. También usamos tiempo signficante con cada uno de los pacientes cuando vienen a su cita. Si usted llega más de 15 minutos tarde, lo mas probable es que tengamos que darle una nueva cita. Nosotros haremos lo posible por tratar de verlo pero tenemos que darle prioridad al los pacientes que lleguen temprano o a tiempo a sus citas.

**CITAS PERDIDAS O CANCELADAS:** Esta oficina tiene una política de cancelacion de 24 horas. Si usted pierde su cita y no la canceló 24 horas antes de la fecha le cargaremos a su cuenta por \$25. Si usted no viene a su cita nosotros le cargaremos a su cuenta \$25.

**SOLICITUD DE SEGURO:** Si su compañía de seguros rechaza su solicitud por cualquier razón, usted será responsable por el pago. Usted es directamente responsable de saber lo que paga su seguro en relación con la participación de nuestros doctores con su específico plan, independientemente si estamos dentro o fuera de su específica red, deducibles, coaseguranzas y si necesita o no una referencia. Nosotros no verificamos la información del paciente o no llamamos al seguro, por eso le pedimos que usted lo haga antes de cualquier cita así estará preparado. Si no ha hecho esto antes de su cita, usted puede hacer uso de nuestro teléfono al momento de registrarse y antes de ver al doctor.

**PARTICIPACION / DENTRO O FUERA DE LA RED:** En algunos casos si el doctor participa con una compañía de seguro en particular, el doctor puede que no participe totalmente en su específico plan. Puede que sea verdad que el doctor participa pero fuera de la red específica. *Es su responsabilidad determinar si el doctor al que van a ver participa con su específico plan de seguro y si esta dentro o fuera de la red específica.* Si su compañía de seguros no paga los cargos por alguna razón, usted será responsable por el pago. Por favor llame a su agente del seguro ANTES de su cita, teniendo en cuenta que no verificamos los seguros antes de la cita.

**SEGURO SECUNDARIO:** Nuestra oficina no toma seguros secundarios. Si tiene un seguro secundario, usted debe llamar a su compañía de seguro secundario y coordinar un “cruce automático” de cuentas así su compañía de seguro primario puede enviar su solicitud directamente a su compañía de seguro secundario. Una vez el cruce de cuentas automático este arreglado, su compañía de seguro debe hacer el pago directamente a nuestra oficina, y nosotros no le enviaremos una cuenta por el balance. De otra manera usted será responsable por el balance. Pacientes con Medicare como su seguro primario deben llamar al 800-633-4227 para determinar si el cruce automático de cuentas esta programado. *Por favor llame a su compañía de seguro secundario para programar el cruce automático de cuentas.*

**CO-PAGO DE SERVICIOS:** Nuestro contrato con la compañías de seguros establece que debemos recibir su co-pago el día de la visita.

**COSTO DEL SYSTEMA DE COBRANZAS:** Si su cuenta es enviada a la compañía de cobranzas, usted será responsable de cualquier costo adicional a su cuenta. Como estos cargos adicionales pueden pasar del cincuenta por ciento (50%) de lo que esta pendiente en su cuenta, por favor asegurese de pagar cualquier balance pendiente lo más pronto posible. Llame a la oficina de cuentas si hay algo que usted no entienda.

**CONSENTIMIENTOS:** Si el paciente es menor de edad y va a venir acompañado de otra persona que no sea el padre/madre o el representante legal, le pedimos que esa persona traiga una autorización escrita por el padre/madre o representante legal del paciente.

**PRESCRIPCIONES Y FORMULARIOS:** Por favor denos mínimo 48 horas para procesar el relleno de sus prescripciones. Es muy difícil satisfacer las necesidades de todos nuestros pacientes cuando llaman a la línea de prescripciones que necesitan ser rellenas para el mismo día. Gracias por su ayuda al planear con tiempo, nosotros realmente lo apreciamos.

**ARCHIVOS MEDICOS:** Hay un cargo por procesamiento de \$5.00 por la primera pagina, más \$0.25 por las páginas de 2 – 50, luego \$0.15 cuando sean más de 50 páginas. Habrá un cargo por la estampilla si sus archivos son enviados por correo (estado de Virginia). Para pacientes de nuestra oficina, es más facil darle una copia de sus resultados en la oficina que enviarla por fax o por correo.

Gracias por tomar el tiempo y leer estas políticas. Nuestra meta es asegurarle una gran experiencia el día de su cita y hacer que este contento con el servicio que va a recibir.

SEYMOUR I. HEPNER, MD, FACC  
SHERIF S. TAWFIK, MD, FACC  
ALAN BENHEIM, MD, FACC  
SHARON S. KARR, MD, FACC  
JIN H. PARK, MD, FACC  
ROBERT B. ESCALERA II, MD, FAAP  
ANNETTE K. ANSONG, MD, FAAP  
IRENE M. SADR, MD, FACC

**LOCATIONS:**  
FAIRFAX  
LOUDOUN  
CENTREVILLE  
RESTON  
WOODBIDGE  
HAYMARKET  
ALEXANDRIA

**PEDIATRIC CARDIOLOGY ASSOCIATES, PC**  
**Phone: (703) 573-0504 Fax: (703) 573-4856**

### **ACUERDO DE RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE**

Pediatric Cardiology Associates provee cuidado de calidad para todos los pacientes, independiente de la situación con su seguro. Nosotros le hemos proveído una copia de nuestra **“Política y guía informativa de los seguros”** como también nuestras **“Políticas de la oficina”**. Nosotros le recomendamos que revise cuidadosamente esta información con el fin de que su visita sea tranquila y satisfactoria.

*Usted sera responsable por cualquier cargo de su visita que no sea cubierto por su compañía de seguros.* Estas son algunas de las razones pero no todas por las cuales su seguro podría ser rechazado: El doctor o el grupo no participan y/o no pertenecen a la red con su plan, no recibimos la referencia o el seguro no es inválido o la referencia está vencida o si esta esperando la respuesta del Medicare. Como mencionamos anteriormente es su responsabilidad saber si dentro de los beneficios del plan de su seguro van a cubrir esta visita y si necesita y tenemos la referencia en nuestros archivos.

**\*\* Sí usted esta de acuerdo de ser visto sin la referencia, como nosotros entendemos la inconveniencia de mover sus cita, usted debe asegurarse que recibamos la referencia durante las siguientes 48 horas despues de la cita. Queremos estar seguros de que tengamos una en nuestros archivos antes de que sea enviado a nuestra compañía de cuentas y ellos la manden a su compañía de seguro, de otra manera esta solicitud sera negada.\*\***

Por favor firme este formulario para demostrar que ha leído y entendido la anterior información. Gracias por tener conocimiento de lo que cubre su plan de seguro y por saber por que parte es financieramente responsable.

**Muchas gracias.**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del padre /madre o representante legal: \_\_\_\_\_

Firma del padre /madre o representante legal: \_\_\_\_\_

## Pediatric Cardiology Associates, P.C. - Formulario de Registration

S. Hepner, MD \* A. Benheim, MD \* S. Tawfik, MD \* S. Karr, MD \* J. Park, MD \* R. Escalera, MD \* A. Ansong, MD \* I. Sadr, MD

Nombre del paciente & Dirección :

\_\_\_\_\_

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Dirección: _____	Ciudad: _____	Estado: _____ Código postal : _____

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Hombre o Mujer (Circule)

Si el paciente es mayor de edad: PH: Home:( ) \_\_\_\_\_ trabajo:( ) \_\_\_\_\_ Cell: ( ) \_\_\_\_\_

MAMA/(Apellido/Primer): \_\_\_\_\_ PAPA/(Apellido/Primer): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  Marque Dirección: \_\_\_\_\_  Marque  
\_\_\_\_\_ si el la misma \_\_\_\_\_ si es la misma

Telefono: Casa: ( ) _____	Telefono: Casa: ( ) _____
Trabajo: ( ) _____	Trabajo: ( ) _____
Celular: ( ) _____	Cell: ( ) _____

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Mama fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Papa fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Mama SS#: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (solo para el uso de cuentas)  
Papa SS#: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (solo para el uso de cuentas)

\*\*\* A quien se le deben mandar las cuentas de cobro y/o recibos? (Circule uno) Mama o Papa

A quien se debe llamar en caso de emergencia?: (circule uno o escriba la información abajo) Mama or Papa

Otro: Nombre: \_\_\_\_\_ relación con el paciente: \_\_\_\_\_ PH: ( ) \_\_\_\_\_

Nombre del pediatra o médico que lo refirió:

Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_ Practica: \_\_\_\_\_ Numero telefonico.: ( ) \_\_\_\_\_

INFORMACION DEL SEGURO PRIMARIO: Bajo el seguro de quien? (circule uno o escriba la información abajo)  
Mama o Papa o Paciente

OTHER:

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_ Numero del grupo.: \_\_\_\_\_ ID del asegurado: \_\_\_\_\_

La anterior información es verdadera. Yo autorizo que los beneficios del seguro sean pagados al doctor directamente. Yo entiendo que soy financieramente responsable por cualquier saldo, incluyendo los cargos por los procedimientos que no están cubiertos por el seguro. Yo también autorizo a Pediatric Cardiology o la compañía de seguro de compartir cualquier información requerida para poder procesar todos los cobros necesarios para saldar mi cuenta. Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Yo he leído las políticas de privacidad de PCA y las entiendo completamente. (Por favor veal as políticas incluidas)

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ ( Gracias )

\*\* NOTA \*\* NOSOTROS TENEMOS UNA POLITICA DE CANCELATION, LLEGADA TARDE Y NO LLEGADA A LA CITA.

Por favor lea esta informacion en nuestra "Politica de la oficina en nuestra pagina de internet: [www.pedcardva.com](http://www.pedcardva.com) Gracias