



Política económica: Centro de cirugía ambulatoria

Preguntas sobre facturación:

(336) 714-1262

1. Si le avisamos con antelación que incurrirá en gastos de bolsillo en el procedimiento, recibirá un cálculo a través de MyChart o por correo aproximadamente una semana antes de la cita. El pago se debe hacer en el momento del servicio y puede incluir copagos, deducibles, coseguros y saldos adeudados pendientes. Cobramos estos saldos como parte de nuestro contrato con su compañía de seguros.
2. Presentaremos reclamos al seguro en su nombre. Antes de su cita, debemos recibir y verificar la información necesaria para procesar su reclamo con la compañía de seguros. La cobertura de su procedimiento está determinada por su contrato con la compañía de seguros. Le recomendamos que se comunique con su compañía de seguros antes de recibir los servicios.
3. En algunas situaciones, si un paciente tiene un seguro con el que no participamos, podemos presentar un reclamo como cortesía. Sin embargo, el saldo seguirá siendo responsabilidad del paciente.
4. Aceptamos pagos de dinero en efectivo, cheques, giros y tarjetas Visa, MasterCard y Discover. Recibirá un estado de cuenta para todo saldo pendiente que se adeude contra entrega. Nuestra oficina cobrará una tarifa de \$25 por todos los cheques rechazados. Si lo pide, se le dará un estado de cuenta detallado. Si tiene preguntas, disputas por cargos o acuerdos especiales de pago, comuníquese con nuestra oficina de facturación.
5. Los pacientes recibirán estados de cuenta mensuales por las cantidades que son responsabilidad del paciente. Después de varios intentos por cobrar un saldo pendiente y de no haber recibido respuesta, todo saldo pendiente puede remitirse a una agencia de cobranza externa.
6. Los reembolsos a los pacientes se emiten en un plazo de 45 días posteriores a la identificación de un sobrepago, generalmente después de que el seguro efectúa el pago. Los sobrepagos se reembolsarán mediante cheque a la dirección del garante que esté registrada en la última visita.
7. Su seguro podría dar coberturas diferentes según la categoría de su procedimiento. Muchas compañías de seguros siguen las directrices para colonoscopías que estableció el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. (U.S. Preventive Services Task Force, USPSTF).
 - a. Se considera que un procedimiento es un “**examen de detección**” si el paciente no tiene síntomas ni historia personal de pólipos de colon.
 - b. Se considera que un procedimiento es de “**diagnóstico**” si el paciente tiene señales o síntomas de pólipos, o si se le extirpan pólipos.
 - c. Se considera que un procedimiento es un “**examen de control**” si el paciente tiene historia personal de pólipos de colon, cáncer de colon o enfermedad gastrointestinal.
 - d. Se considera que un paciente es de “**riesgo promedio**” si no tiene síntomas, no tiene historia personal de pólipos de colon o cáncer de colon, no tiene historia familiar de cáncer de colon y se le hacen exámenes de detección cada 10 años.
 - e. Se considera que un paciente es de “**alto riesgo**” si tiene historia personal de pólipos de colon o cáncer de colon, tiene historia familiar de cáncer de colon y se le hacen exámenes de detección cada 10 años o menos.
8. Es posible que incurra en gastos por los siguientes servicios relacionados con su procedimiento:
 - a. **Honorarios del médico** ⇒ Honorarios que cobra el médico que hace el procedimiento.
 - b. **Tarifa del centro** ⇒ Tarifa que se paga por el uso del centro donde se hace el procedimiento.
 - c. **Honorarios de anatomía patológica** ⇒ Si se pide una biopsia, pueden cobrarle los honorarios de GAP o Marlboro Chesterfield Pathology por la parte profesional o técnica de su patología. Puede llamar a GAP al (336) 714-1262 o a MCP al (910) 687-4189 si tiene preguntas.
 - d. **Tarifa por anestesia** ⇒ En GAP, *Servicios de Atención Anestésica* presta los servicios de anestesia, según el contrato de tarifas por servicios. Si tiene preguntas sobre su factura de servicios de anestesia, llame al (888) 447-7220.
9. Los códigos correspondientes a la Terminología Actualizada de Procedimientos Médicos (Current Procedural Terminology, CPT), de procedimientos primarios usados para presentar un reclamo ante la compañía de seguros son Colonoscopia (45378) y Endoscopia (43235). Su código CPT está sujeto a cambios según los resultados del procedimiento.
10. Si su compañía de seguros considera que nuestros centros de endoscopia no son participantes o están fuera de la red, nuestros médicos también pueden hacer procedimientos en centros basados en hospitales. Esta opción podría ocasionarle más gastos de bolsillo. Lo animamos a que se comunique con su compañía de seguros para verificar el estado de participación y de reembolso específico de su plan.
11. Según su compañía de seguros, el código del lugar relacionado con su procedimiento y los cargos del centro podrían diferir.

Abajo, se indican los códigos del lugar que corresponden a las compañías de seguros que tienen a GAP como proveedor dentro de la red.

 - a. **Lugar 11 “en consultorios”**: Aetna
 - b. **Lugar 24 “Centro quirúrgico ambulatorio/paciente ambulatorio”**: todos los demás planes de seguros
12. **Información para todos los pacientes de Medicare**: Los exámenes de detección de cáncer colorrectal se consideran “servicios preventivos” pagados 100 % por Medicare. Sin embargo, si se extrae un pólipo durante el procedimiento, Medicare puede interpretar el examen como diagnóstico, y puede pedir que el coseguro o los copagos se facturen al paciente.