



**BEST CHANCE NETWORK (DHECWISEWOMAN (WW))
SERVICIOS DE EVALUACIÓN CARDIOVASCULAR
EXPLICACIÓN DE CARGOS
DHEC BEST CHANCE NETWORK
(LO QUE DHEC WW PUEDE Y NO PUEDE PAGAR)**

Yo estoy de acuerdo en que se me ha dicho y yo entiendo que DHEC WW pagará por los procedimientos de la lista a continuación si éstos se realizan en una institución bajo contrato con WW para realizar estos procedimientos:

CARGOS PAGADOS POR DHEC WW:

- Visita(s) a consultorio para una evaluación cardiovascular incluyendo: mediciones de presión arterial, colesterol, azúcar en la sangre, índice de masa corporal y circunferencia del talle; y derivación a un programa que promueva estilos de vida saludables.
- Cargos de laboratorio asociados con los análisis arriba mencionados (lipidograma, análisis de hemoglobina A1C, lipoproteínas, etc.)
- Una visita de seguimiento al año para realizar una prueba de glucosa sanguínea en ayunas y/o un lipidograma.

CARGOS NO PAGADOS POR DHEC WW:

- Cualquier otro cargo por análisis, radiografías o procedimientos no listados arriba, incluyendo los siguientes:
 - Medicamentos o farmacia
 - Tratamientos
 - Hospitalización o cuotas por utilizar la institución
 - Electrocardiograma, radiografías, y otras pruebas diagnósticas
 - Soluciones intravenosas

SI NECESITO SER DERIVADA PARA QUE ME DEN SEGUIMIENTO POR RESULTADOS ANORMALES EN LAS PRUEBAS, YO ENTIENDO QUE DEBO PEDIRLE AL MÉDICO A CARGO DEL SEGUIMIENTO QUE ME DIGA SI DHEC WW CUBRE EL COSTO DE LAS PRUEBAS O PROCEDIMIENTOS NECESARIOS.

Yo entiendo que me hago responsable de reunirme con el departamento de facturación /el consejero financiero del consultorio médico o del hospital para establecer un plan de pagos para cubrir los cargos que DHEC WW no puede pagar.

Además yo entiendo que si opto por ir a un proveedor que no participe en el programa DHEC WW para que me dé seguimiento por resultados anormales, DHEC no pagará por ningún servicio brindado por ellos.

Firma

Fecha

Testigo

Fecha

Archive el original en el expediente de la paciente y entréguele a la paciente una copia.

WISEWOMAN (WW) Servicios de evaluación cardiovascular - Formulario de explicación de costos
Instrucciones para completar DHEC

Revise este formulario con la paciente de WW durante la visita de evaluación.

Asegúrese de que la paciente sabe de los costos posibles que el programa de WW no cubre.

Pídale a la paciente que firme y feche el formulario.

Pídale a un testigo que firme y feche el formulario.

Procedimiento para archivar el documento:

Archive el original en el archivo médico de la paciente y déle la copia a la paciente.