

Valley Family Practice
A Rogue Valley Physicians PC
FINANCIAL POLICY

Gracias por elegir a Valley Family Practice como su proveedor de atención médica. La siguiente es una declaración de nuestra Política financiera que le solicitamos que lea y firme antes de su visita con nosotros.

- **CON RESPECTO AL SEGURO COMERCIAL**

No es fácil para una oficina familiarizarse con los detalles de cada plan de seguro médico que encuentra. Es la responsabilidad del paciente / adulto legalmente responsable, no del consultorio médico, conocer sus beneficios, qué es lo que cubre, qué está excluido y qué responsabilidad tendrá el paciente. Presentaremos reclamos de seguros como cortesía para nuestros pacientes con seguro. Sin embargo, usted es responsable de nuestros cargos. Le pedimos que pague cualquier deducible, copago y saldo adeudado en el momento del servicio. Recuerde que solo podemos estimar el monto que pagará una compañía de seguros a medida que realizan pagos según su cronograma de tarifas. Sus tarifas pueden diferir de nuestros cargos. Mientras intentamos ayudarlo de todas las maneras posibles para obtener sus beneficios máximos de seguro permitidos, el contrato de seguro se establece entre usted y su compañía de seguros y no reemplaza su responsabilidad por su cuenta. Si su compañía de seguros no ha pagado su reclamo dentro de los 45 días, le pediremos que pague el saldo en su totalidad. *** NO llamaremos para verificar la cobertura del seguro ***

- **SEGURO SECUNDARIO**

Tener más de una aseguradora NO significa necesariamente que sus servicios estén cubiertos al 100%. Podemos facturarle a su compañía secundaria como cortesía. Usted es responsable de cualquier saldo después de que se hayan liquidado los seguros.

- **TARIFAS HABITUALES Y COMUNES**

Nuestra práctica se compromete a brindar la mejor atención a nuestros pacientes y cobramos lo que es habitual y habitual en nuestra área. Usted es responsable del pago independientemente de la determinación arbitraria de las compañías de seguros de las tazas y tarifas habituales.

- **PAGO PRIVADO**

Solicitamos que nuestros pacientes sin seguro paguen un mínimo de ½ de sus cargos al momento del servicio. El resto de este saldo debe pagarse en 3 pagos mensuales iguales. Se pueden hacer arreglos especiales con la aprobación previa del gerente de la clínica o el departamento de facturación.

- **PACIENTES DE MEDICAID / OHP**

Pacientes de Oregon Health Plan / Medical Card, esta oficina requiere que muestre su tarjeta médica actual antes de cada visita y que actualmente esté asignado al médico apropiado. Volveremos a programar su cita si no cumple con esta política y no se presenta con la tarjeta actual. *** NO llamaremos para verificar la cobertura del seguro ***

- **DECRETOS DE DIVORCIO**

Esta oficina NO es parte de su decreto de divorcio. La responsabilidad financiera de los menores recae en el adulto que los acompaña.

- **PACIENTES MENORES**

El adulto que acompaña a un menor (o tutores del menor) es responsable del pago total de la visita. La responsabilidad del pago sigue siendo la del padre / tutor cuya firma está en el archivo incluso después de que el niño ya no sea menor de edad hasta que este acuerdo haya cambiado por escrito.

- **CARGOS POR SERVICIO**

Nos reservamos el derecho de aplicar un cargo financiero de 1.5% por mes o 18% anual a todos los saldos de cuenta luego de 90 días, según lo permita la ley estatal. Se aplicará una tarifa de \$ 25.00 a su cuenta por cualquier cheque devuelto debido a fondos insuficientes. Se puede aplicar una tarifa de \$ 20.00 a su cuenta por una cita perdida.

ACEPTAMOS CHEQUES PERSONALES, MONEY ORDERS, VISA, MASTERCARD, DISCOVER O DINERO EN EFECTIVO

Gracias por entender nuestra política financiera. Por favor, háganos saber si tiene alguna pregunta o inquietud.

He leído la política financiera. Entiendo y acepto los términos de esta Política:

Nombre del paciente

Firma del padre o tutor

Fecha