

## Valley Health Clinic, Inc. | Póliza de Pagos

**Hacemos todo lo posible para mantener su costo de cuidado médico en un precio razonable. Usted puede ayudar eliminando la necesidad para nosotros facturarle. Es la responsabilidad del paciente de saber su cobertura. Lo siguiente es un resumen de nuestro financiero y póliza de pago. Esto nos permitirá evitar cualquier confusión en el futuro. Para mantener a nuestros pacientes informados y para obtener reembolso del seguro del servicio cumplido, nosotros necesitamos que usted por favor lea las instrucciones que sigue.**

**La Cobertura de su Seguro:** Participamos con varios planes de seguros que pueden cambiar en cualquier momento. Nuestra relación es con usted y no con su seguro médico. Los problemas que usted tenga con su seguro o con su cobertura de seguro tienen que ser tratado con ellos directamente. Nosotros no podemos llamar por usted. Los pacientes sólo serán vistos por dos quejas al día de su visita. Si usted tiene un plan de seguro medico de HMO es su responsabilidad de asegurarse de que su Doctor de cabecera sea Dr. Abdullah Farooque. Nosotros no seremos responsables si usted es visto por nuestra oficina y el cambio no ha sido hecho a su plan en el momento de su visita.

**La Póliza del Pago:** Es responsabilidad de los pacientes informarnos de los cambio de su seguro médico hechos en su plan. Su co-pago debe ser pagado el día de su cita. Los co-pagos no pagado por usted en el momento de servicio serán facturados con un costo adicional de \$15.00. Nosotros no podemos ajustar los cargos ni códigos de diagnóstico después de que los servicios sean cumplidos. Si su póliza de seguro médico niega el pago, es nuestra póliza que el paciente cancele la cuenta dentro de 60 días. Nosotros le mandaremos un cobro para los servicios que no fueron pagados por su seguro. Si usted tiene una cuenta pendiente, necesita ser cancelada en su próxima cita. Cuentas atrasadas más de 90 días serán transferidas a un servicio de colección. Cargos asociados con estas acciones serán la responsabilidad del paciente. Requerimos que todos los pacientes proporcionen número del seguro social en aquel momento de su visita para mandar el cobra a su seguro

**Deducibles Anuales:** Debe ser pagado el día de su vida y se la aplicaran a su calendario anual hasta que haya sido satisfecho.

**Condiciones Preexistentes:** Dependiendo de la razón de la vista la consulta y beneficios de su póliza se verificaran el momento de su cita.

**Examen Fisco para Deportes:** por lo general son beneficios no cubiertos por la mayoría de las compañías de seguros; el pago de este servicio debe ser pagado el día de su cita. Valley Health Clinic, Inc. proporcionara a usted sin ningún cargo “una copia de su forma original por examen”-Si usted desea “Copias” adicionales de estas formas; el cobro será de \$10.00 por copia.

**Trabajadores con Indemnización:** Los pacientes deben tener un numero de caso valido junto con el con el nombre de la persona trabajando en su caso. Con el fin de poder verifica la autorización. Si no podemos verificar usted será responsable de pagar por completo la visita al momento del servicio.

**Exámenes de Laboratorios:** Ciertos resultados de laboratorios toman de 7 a 10 días. Nosotros le llamaremos con los resultados después que el doctor lo haga revisado. Por favor llámenos si usted no ha oído nada dentro de 10 días.

**Inyección de La Gripe y Ciertas inyecciones:** Nosotros no facturaremos a su seguro la inyección de la influenza u otras ciertas inyecciones: El costo de cada inyección varea.

**Medicinas:** Es responsabilidad de paciente llamar a su farmacia para renovar su medicamento y que manden el pedido por fax a la Clínica. El proceso se trasmite dentro de 48 horas de trabajo. En algunos casos el proceso es más largo que por su seguridad el doctor tiene que revisar su expediente antes de autorizar su medicamento.

**Cancelaciones de su Cita:** Requerimos 24 horas para la cancelación de citas y 48 horas para cita de inmigración. Alguna cita perdida sin cancelación se le hará un cargo de \$25.00. Si usted pierde más de citas y falla de cancelar en adelantado se le ara un cargo adicional de \$70.00. Es su responsabilidad de ser consciente de si cita. La próxima vez que usted pierda una cita usted puede ser despedido de la práctica.

**Crédito:** Si usted tiene un crédito pendiente con la clínica usted tiene que pedir su reembolso en forma escrita dentro de 30 días de recibir su carta de correspondencia de su seguro. Mande su carta a Valley Health Clinic, Inc. atención cuentas con toda su información.

**La liberación de Historial médico:** Usted debe completar un “Autorización para la Liberación de Información Medica:” forma antes de completar su solicitud. El costo dependerá de su expediente. Las peticiones son manejadas generalmente dentro de 10 días hábiles. El pago es hecho antes de soltar historiales médicos.

**Emergencias:** Si usted necesita atención medica fuera de horas de oficina usted puede ir al hospital de Prince William, VA y puede ser atendido por nuestros colegas del Grupo de Hospitales. Si tiene una Emergencia médica llame al 911 o vaya a la sala de emergencia más cercana.

**Forma de i-693 Inmigración:** El \$ 125.00 es un cargo por servicio que no es reembolsable, no relacionado con el examen físico en cualquier circunstancia, incluso si tiene seguro médico la cuota sigue siendo válida. El seguro médico no cubre los servicios administrativos que incluye la solicitud, la documentación, verificación de vacunas y cumplimentación de los formularios. La tarifa de servicio no es reembolsable y el pago sólo es aceptable en efectivo.

**Y como el paciente de Valley Health Clinic, Inc. Esto consiente de a la Póliza de Financiero/Pago. Concuero en asignar mi seguro de beneficios a Valley Health Clinic, Inc. cuando sea necesario. Yo también concuerdo que si llega a ser necesario para adelantar mi cuenta a una agencia de colección, además de la cantidad debida, yo también seré responsable del honorario cargado por la agencia de colección para costos de colecciones. Con su firma abajo, usted reconoce y acepta la póliza.**

---

Nombre Entero

Firma

Fecha de Hoy