



Política Financiera del Paciente

Nombre: _____ **Fecha** _____

Gracias por elegir Las Clínicas de Willamette Valley, una división de Capella Healthcare. Estamos firmemente comprometidos a proporcionar a usted y a su familia con la mejor atención medica disponible.

Nos complace aceptar y cobrar a su aseguranza con cual tengamos un contrato, asignado a la verificación de su cobertura. Por favor comprenda que su plan de seguro es entre usted y su compañía de aseguranza, por lo tanto las Clínicas de Willamette Valley, LLC no se va involucrara en las disputas que te encuentres sobre su cobertura o que se involucren en un litigo con su compañía de seguros. Usted es responsable de cualquier cantidad no pagado por su aseguranza. Aceptamos efectivo, cheques y la mayoría de las tarjetas de crédito. Se le cobrara \$25 para los pagos devueltos por su banco por falta de pago.

Los pacientes no asegurados-El pago es debido en el momento del servicio, al menos que se hagan arreglos de pagos anteriores. Ofrecemos un 40% de descuento en nuestras clínicas primarias y un 50% de descuento en las clínicas especializadas cuando paga su totalidad en el momento del servicio.

Los pacientes asegurados: todos los gastos fuera del bolsillo, incluyendo los co-pagos, deducibles y los co-seguros deben ser pagados al momento del servicio. Es su responsabilidad dar nos la información de su aseguranza antes de recibir servicios. Verificación de los benéficos no es una garantía de pago y usted será responsable por cualquier servició considerado no cubierto por su aseguranza. Si por alguna razón su compañía de seguro no cubre los servicios que recibió dentro los (60) sesenta días el cobre total será su responsabilidad de pagar inmediatamente.

Compensación a los trabajadores: Si Usted se lesiono en el trabajo y quiere que nosotros le mandemos el vil a su compensación del trabajador del trabajo, puede ser necesario para obtener la autorización de la compañía con el fin de tratarlo.

Accidentes de vehículos de Motor: Si usted fue lesionado como consecuencia de un accidente de vehículo de motor y quiere que la cuenta se mande a ellos. Se requiere un depósito de la mitad de los honorarios antes de su servicio. Le enviaremos la factura a su aseguranza de automóvil de forma asignado. En el caso de haber recibido el pago total se su seguro de auto, se te reembolsara la cantidad que pago en exceso. Usted será responsable de los saldos no cubiertos por su seguro de auto.

He leído, entiendo y estoy de acuerdo con la política financiera arriba. Yo entiendo que los cargos no cubiertos por mi compañía de seguros, así como los gastos fuera de bolsillo son mi responsabilidad.

Fecha

Firma del paciente o guardián

Nombre escrito