

2200 N.E. Neff Rd. Suite 200 * Bend, OR 97701
(541) 382-3344 * Fax (541) 382-1681

The Center esta dedicado a proporcionarle la mejor atencion medica y el mejor servicio posibles y considera que el que usted comprenda por completo esta politica es un elemento esencial de su atencion y tratamiento medicos.

- **Pago incluyendo copagos, se espera en el momento del servicio. Nuevos pacientes sin evidencia de cobertura de seguro están obligados a hacer un \$150,00 con nuestro ortopedista y del neurocirujano y un depósito de \$250,00 con de nuestro fisiatra en el momento de la cita. Establecido pacientes sin evidencia de cobertura de seguro están obligados a hacer un depósito de \$100.00 a la hora de la cita con todas las especialidades**
- **Auto paga pacientes, aquellos sin seguro, pueden ofrecer un descuento de pronto pago en todos los cargos si paga dentro de los 30 días de servicio**

- Paciente es responsable de ofrecer información precisa e información actualizada cobertura de seguro para permitir que el proveedor para verificar la cobertura y los requisitos de autorización previa. Bajo las reglas del OHP (OAR 410-120-1280) paciente es responsable por el pago del servicio en caso de que no cumplan con este requisito.

* Si usted no puede pagar el deposito requerido a la hora de la cita, su cita sera cambiada.

* Se aceptan dinero en efectivo o cheques con una tarifa de \$33.00 por cheques sin fondos. Para su conveniencia, aceptamos todo debito/credito tarjetas.

Como cortesia, le enviaremos la factura a su seguro cuando usted asigne los beneficios a THE CENTER. Su seguro es un contrato entre usted y su compaia de seguros; si no le pagan a THE CENTER dentro de un periodo de 90 dias, nos dirigiremos a usted para obtener el pago. Se le reembolsaran los sobrepagos que pueda hacer, si se da el caso de que el seguro paga.

* Cualquier balance que pueda quedar despues de que su plan medico pague o deniegue el pago por no estar cubierto bajo su plan sera la responsabilidad de usted. El pago debe hacerse tan pronto como se reciba la factura de nuestra oficina.

* Para reclamos de Accidente de Vehiculo de Motor y Compensacion de Trabajadores - Por favor de la informacion de su seguro privado cuando venga a su primera visita. Esto nos permitira enviarles una factura a ellos si se da el caso de que su(s) reclamo(s) se han denegado o sus beneficios se han agotado.

* Cirugia - La parte que se ha calculado que tiene que pagar usted por las intervenciones quirurgicas que se han programado debe pagarse antes de la fecha de la operacion. Si no tiene seguro medico o tiene un deducible incumplido, recogeremos el 50% de la cirugia costada o 40% de su deducible del seguro, cualquiera es menos. El balance que quede despues de que pague su plan medico debiera pagarse tan pronto como se reciba la factura. **La mayoría de las intervenciones quirurgicas incluyen un periodo de 10-90 dias para visitas normales postoperatorias de oficina. Los rayos X y algunas intervenciones estan sujetos a cobros durante ese periodo. El proveedor cobra por algunos tipos de equipo medico durable, como las botas de andar y los aparatos ortopedicos, por separado.

- nos pondremos en contacto el adulto que acompañe al menor a recibir el pago de todos los servicios prestados a los pacientes menores de 9 años de edad.

* Si después de hacer arreglos de pago que no haya pagado su saldo por completo al final de 6 meses, un interés del 9% se acumularán en la cuenta.

* Si su saldo no se cancela en un plazo de 90 días, se cobrará un cargo de interés a la cuenta del 9% y se transferirá a un plan de pago a largo plazo. Los planes de pago a largo plazo se subcontratan a una agencia de terceros HeRo. Ellos alcanzaran fuera para discutir las opciones de plan de pago. Si no cumple con su plan de pago, su cuenta se enviará a nuestra agencia de cobranza Professional Credit Services (PCS).

* En el caso de que haya demanda presentada por EL CENTRO Agencia o una colección para la recuperación del saldo pendiente de pago, usted será responsable de los gastos incurridos y / o honorarios de abogados relacionados con esta acción.

«PName»

«PNumber»

Firma del Responsable

Fecha

Firma del Testigo

Fecha