



Yamhill Valley Dermatology and Laser Center

706 NE EVANS STREET ■ McMinnville, OR 97128 ■ WWW.YAMHILLDERM.COM

EL PAGO ES REQUERIDO AL MOMENTO DE SUS VISITA POR LOS CARGOS INCURRIDOS

En consideración por los servicios proveídos a mi por el Dr. Richard I. Ecker, yo autorizó el pago de los servicios médicos al mencionado doctor. En adición, yo autorizo la habilidad de proveer cualquier información médica necesaria para procesar mi reclamo de aseguranza. Yo permito que la copia de esta autorización sea usada en lugar de la original. Esta autorización puede ser revocada por mi o mi aseguranza a cualquier hora por escrito. Sin embargo yo tengo el conocimiento que soy financieramente responsable por todos los cargos. Si fuera necesario tomar en efecto acciones de colección de cualquier cantidad que debo de esta u otras visitas, el que firma esta forma esta de acuerdo en pagar todos los costos y gastos

ACEPTAMOS VISA, MASTERCARD, DISCOVER, AMERICAN EXPRESS, CARECREDIT Y CHEQUES
LOCALES PARA SU CONVENIENCIA.

Medicare

Usted es financieramente responsable por cualquier servicio no cubierto bajo las guías de Medicare, a si como el 20% de pago y cualquier otra cantidad aplicada a su deducible anual de Medicare.

Aseguranza Médica: Deducible no pagado.

Si usted tiene un pago fijo, deducible anual, o porcentaje y no ha pagado ese deducible al tiempo de su cita. Se le pedirá el pago a la hora de su cita. Nosotros someteremos los cargos a su aseguranza por usted. . **Si el pago no es recibido dentro de 60 días de su aseguranza. Usted necesita pagar el balance completo (sin importar el estado de su aseguranza).** Si recibimos pago de su aseguranza después que usted pagó, se le regresara su dinero.

Cargos de Laboratorio

Si un examen de laboratorio o muestra de patología es mandada a un laboratorio fuera de la oficina, estos cargos serán cobrados a parte de los cargos de **Yamhill Valley Dermatology**. El Laboratorio mandara los cargos a su Aseguranza médica por estos cobros.

No tiene Aseguranza Médica

Si usted es un paciente sin aseguranza en nuestra oficina, nosotros **le pediremos el pago completo al tiempo de su cita**. Nosotros amablemente le damos un **estimado de sus cargos si usted nos pide**. Nuestra oficina ofrece el plan de Care Credit (un plan de financiamiento para pacientes) Care Credit esta disponible en la pagina de Internet at www.carecredit.com . Para mas información pregunte al personal de oficina ó a la directora de contabilidad.

Cirugía Cosmética

Para procedimientos de cirugía cosmética, y tratamientos de rayo láser, el pago completo es requerido al tiempo de su cita. Yamhill Valley Dermatology requiere de un depósito de \$100.00 que será decomisado si no cancela su cita con 24 horas de anticipación. Yamhill Valley Dermatology **no mandara ningún cobro** a su aseguranza por servicios cosméticos puesto que estos son electivos y no son cubiertos por las aseguranzas.

Colección

Los balances en su cuenta que pasen de 60 días, pueden estar sujetos a procedimiento de colección. Un cargo de \$10.00 será agregado cada mes por balances de más de 60 días. Si usted no paga su cuenta y es necesario mandarla a la agencia de colección, usted sera responsable de **un cargo de \$50.00 dólares. Usted también es responsable por cualquier costo de colección incluyendo cualquier precio razonable de abogado. Todos los cheques sin fondo tendrán un cargo de \$35.00 dólares.**

Reembolso

Si recibimos pago de su aseguranza médica y usted también pago y queda un crédito en su cuenta, si usted tiene una cita en los próximos 30 días, su crédito será aplicado directamente al pago requerido para su próxima cita.

Si usted no tiene una cita en los próximos 30 días, se le mandara un cheque de reembolso por correo de su crédito

Póliza de cancelación

El tiempo para su cita esta reservado para usted. Si usted no puede venir a su cita, por favor de contactar a nuestra oficina por lo menos 24 horas de antes de su cita para que nosotros podamos reservar este tiempo para alguien más. Nosotros apreciamos su consideración para otros pacientes que esperan ser vistos. Si usted **no viene** a su cita o falla en proveernos con 24 horas de noticia de cancelación su cuenta puede ser cargada con \$50.00 dólares. Firmando esta forma usted está consiente que leyó y entendió nuestra Póliza de cancelación.

Record Medico/ Formas póliza de Cáncer

Habrá un cargo de por lo menos \$25.00 dólares en adelantado por estos servicios especiales requeridos como solicitudes de abogados, Aflac, aseguranza de vida, y pólizas de cáncer.

Yo entiendo esta póliza financiera de esta oficina y que sin importar mi aseguranza, yo soy últimamente responsable por pagar mi cuenta. Yo voy a observar estas pólizas firmando esta forma

Firma: _____ Fecha: _____

Imprima nombre: _____