**ACUERDO FINANCIERO DEL PACIENTE  
POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE Y FIRME ABAJO**

Como contraprestación por los servicios que recibe de **River Valley Rheumatology**, usted aprueba:

1. Todos los servicios que se le proporcionan es en el entendido que usted es el ULTIMO RESPONSABLE de los costos, independientemente de su cobertura de seguro . Si usted desea saber el costo de un servicio, por favor pregunte antes del tratamiento. Tenga en cuenta que no todos los servicios son cubiertos por las compañías de seguros. **Usted es responsable de saber cuáles son los servicios que tienen cobertura en su plan de seguro y cuáles no. CADA PLAN DE SEGURO ES DIFERENTE, CONOZCA SUS BENEFICIOS!**

2. Su póliza de seguro es un contrato entre USTED (SU EMPLEADOR) Y SU SEGURO. No somos parte en el contrato y no podemos incidir en los servicios que cubre su plan de seguros.

3. **CAMBIO DE SEGUROS.** Si su seguro es modificado**, ES SU RESPONSABILIDAD NOTIFICAR A NUESTRA OFICINA** y asegurarse que su nuevo plan de seguro trabaje con Salem Rheumatology. Usted debe LLEVAR SU TARJETA DE SEGURO A CUALQUIER VISITA AL MÉDICO.

4. **MÉDICOS CUBIERTOS BAJO SU PLAN**: Es SU responsabilidad saber si SU seguro cubrirá el costo de una consulta con uno de nuestros médicos. Por favor, pregunte a su aseguradora si tiene trabaja con River Valley Rheumatology. Siéntase libre de consultar con nuestro departamento de facturación para ver si River Valley Rheumatology colabora con su plan de seguros.

5. **REFERENCIAS**: Usted es responsable de saber si su aseguradora requiere de una referencia para ser visto por un especialista y tambien es responsable de obtener esas referencias de su Primary Care Provider.

6. **CANCELACIONES y NO CONCURRENCIA**: **River Valley Rheumatology cobra $ 50.00 por cancelaciones de menos de 48 horas de antelación y no se presenta.** Esta cuota **DEBE** pagarse antes de programar otra cita . Si habitualmente cancelar citas con menos de 48 horas de antelación o "no show" para múltiples visitas al médico , es posible que sea dado de alta de la clínica .Lamentablemente, cuando un paciente no concurre a una cita programada, otro paciente pierde la oportunidad de ser atendido.

7. **FORMULARIO DE AUSENCIA**: Si necesita un formulario para justificar una ausencia en la escuela, el trabajo o para alguna situación legal, deberá pagar costo . Este costo cubre el tiempo que le toma al médico realizar una revisión del historial médico y de llenar la documentación apropiada. Por favor, consulte en recepción los precios.

8. **REGISTROS MÉDICOS**: Como paciente de River Valley Rheumatology, usted tiene derecho a recibir una copia de sus registros médicos. Se le puede cobrar una tarifa si usted requiere un gran número de copias o notas. Por favor, consulte en recepción los precios.

9. **REGISTRARSE**: Vamos a cobrar su deducible, pago adicional, y el pago de los servicios no cubiertos, así como la parte proporcional que le corresponde al paciente según lo determine el seguro. Aceptamos efectivo, cheque y tarjeta de crédito  
  
10 . **OFICINA DE LABORATORIO**: Quest Diagnostics trabaja en la oficina de River Valley Rheumatology. Ellos PREPARAN y PROCESAN algunos de los laboratorios de esta oficina. Es posible que reciba una factura de Quest Diagnostics y una factura de River Valley Rheumatology por algún análisis de sangre que se realice en nuestra oficina. No participamos en ninguna proceso de facturación de Quest Diagnostics y por lo tanto no podemos hacer ninguna apreciación sobre las facturas que reciba de Quest Diagnostics. Por favor póngase en contacto con Quest Diagnostics, si usted tiene una pregunta acerca de una factura emitida por ellos**. Si su seguro tiene restricciones sobre el lugar donde se le ha permitido hacerse una prueba de sangre, entonces USTED deberá saberlo. Por favor, informe a su médico esta situación para que se le proporcione una hoja de laboratorio para que se puede realizar su prueba de sangre en otro lugar.**

11. **OFICINA DE RAYOS X:** todas las radiografías tomadas en la oficina son leídas por un radiólogo en el Diagnostic Imaging Associates . Es posible que reciba una factura de un radiólogo para la lectura de las láminas. Nosotros no participamos en el proceso de facturación de Diagnostic Imaging Associates y por lo tanto no podemos hacer apreciaciones sobre las facturas recibidas de ellos. Para hacerse los rayos X también puede recibir una factura de River Valley Rheumatology.

12. **REABASTECER MEDICAMENTO**: Por favor, espere hasta 48 horas para todos los reabastecimiento de medicamentos. Nosotros **no reabastecemos las recetas de estupefacientes en horas no hábiles o en los fines de semana**. Para el resto de las reabastecimientos - excepto Prednisona - habrá un cargo de $ 25.00 por reabastecimiento en horas no hábiles.

13 . **FACTURACION DE SU SEGURO**: Le facturaremos su reclamo a su aseguradora PRINCIPAL. También le facturaremos a su compañía aseguradora SECUNDARIA solamente UNA vez como cortesía. Sin embargo, usted sigue siendo el principal responsable del pago por todos los servicios. Si su compañía aseguradora PRINCIPAL, no responde dentro 30 días siguientes, vamos a establecer una investigación de parte suya. Sin embargo, si su compañía aseguradora PRINCIPAL no responde dentro de los 60 días siguientes a su reclamo, se le enviara una notificación. Por lo tanto, es SU responsabilidad de llamar a SU aseguradora, para investigar la razón por la que no han cubierto el reclamo. Por favor avísenos si podemos ayudarle en caso que esto ocurra.

14 . **CARGOS NO PAGADOS**: Cualquier cargo no pagado por más de 90 días, será remitido a una agencia de cobro, que cobrara por este servicio. Usted es responsable por los costos de cobranza, los honorarios legales o gastos judiciales que se incurran durante el proceso de cobro. Esta agencia reportará su falta de pago a las 3 agencias crediticias nacionales. Si usted tiene dificultades financieras y no puede pagar sus facturas a River Valley Rheumatology, por favor comuníquese. Usted no será remitido a las agencias de cobro, a menos que falle en hacer su pago mensual regular acordado.

**Si su cuenta es enviada a las agencias de cobro, no le atenderemos cuando consulte en nuestro consultorio hasta que saldo sea completamente pagado. Todos los pagaos adicionales, deducibles y pagos compartidos también tendrá que ser pagados antes de ver al médico. Le notificamos que si su cuenta es enviada a las agencias de cobro, le cancelaremos todos reabastecimientos de sus recetas.**

15. **PACIENTES SIN SEGURO**: Como cortesía le ofrecemos un descuento a nuestros pacientes que no tienen cobertura de seguro en salud. Si usted necesita una lista de los precios de estos descuentos, por favor pregunte en recepción. Los descuentos NO SE APLICAN en pacientes que tienen seguro, pero que nosotros no trabajamos con ese plan de seguros.  
  
16. **PREGUNTAS SOBRE FACTURACIÓN**: Nuestros médicos no participan en el proceso de facturación y por lo tanto no podrían contestarle ninguna pregunta con relación a los reclamos. Si usted tiene una pregunta acerca de la facturación, por favor contáctese con nuestro departamento de facturación al (503) 399-0652 y pida hablar con Kaitlin o Suzanne. Ellas le ayudaran con gusto.

17. **CHEQUES DEVUELTOS** estarán sujetos a una multa de $ 25.00.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_  
Firma del Paciente o tutor Fecha

Nombre del paciente: