

Valley Family Medicine
1505 Mill St
New London, WI 54961
920-982-7900

Poliza financiera

Gracias por elegirnos como su proveedor del cuidado de la salud.

Esperamos que seamos capaces de proveer el cuidado medico de la manera que sea comoda y conveniente para usted. Si hay alguna manera de que nosotros podamos ofrecerte mejor servicio porfavor no dude en dejarnoslo saber.

Nosotros con gusto le mandaremos la cuenta a su seguridad por alguna o todos los costos. Porfavor tenga en cuenta, que nosotros le pasaremos el costo de su cuenta a su seguridad como una cortesia para usted y esto no significa una garantia de pago. Si por alguna razon su seguridad no paga o paga la cantidad incorrecta, es su responsabilidad de continuar el proceso con ellos. Esto nos permitira ayudar a mantener los honorarios mas bajos, eliminando las costosas cuentas. Si usted tiene un HMO, PPO o asistencia medica, su co-pago se cobra anteriormente al tratamiento. Nosotros aceptamos pagos en efectivo, tarjeta de credito debito, y cheque.

Si usted no tiene seguridad se espera el pago completo a la hora que los servicios sean dados. Si usted tiene algunas circunstancias especiales financieras que pudieran prevenirle de pagar el total de su cuenta, o si usted es un paciente que consulta los obstetricos, por favor platique con nosotros antes del dia de su visita asi podemos alternar algunos arreglos que se han hecho para ti.

Ningun balance que no sea pagado que tenga mas de 90 dias sera sujeto a un cargo de interes. El interes es aplicado con una tasa de interes del 1% por mes, cada mes que haya un balance que no sea pagado.

Nuestra oficina tambien tiene una poliza de cancelacion. Para volver a hacer la cita o cancelarla por favor avisenos. Nosotros tenemos el derecho de cobrarle \$25.00 por fallar en sus citas.

Nuestra practica esta comprometida para proveer el mayor tratamiento para nuestros pacientes y nosotros cobramos lo que es usual para nuestra area. Usted es responsable por el pago aun si la determinacion es arbitraria de una tarifa usual.

Gracias por su amable consideracion en este asunto.

Yo he leído acerca de esta poliza financiera y entiendo mis obligaciones financieras.

X _____
(Firma del paciente o parte responsable.)