

LANDMARK FOOT & ANKLE CENTER, P.C.

5249 Duke Street, Suite 212
Alexandria, VA 22304

Telephone: 703-370-2313
Fax: 703-370-2490

POLÍTICA DE OFICINA

Nos gustaría darle la bienvenida a nuestra oficina. Nos esforzamos por brindar atención de alta calidad en un ambiente confortable. Presentamos reclamos a sus seguros primarios, secundarios y terciarios. Hemos encontrado, sin embargo, que pocos planes de seguro cubren el costo total involucrado en su (s) visita (s). Su política es entre usted y su compañía de seguros y es importante que comprenda sus disposiciones. No podemos garantizar el pago de sus reclamos ni aceptar la responsabilidad de negociar su reclamo. En este momento, no aceptamos planes de salud emitidos por el estado de ningún paciente nuevo (por ejemplo, Medicaid, Anthem Healthkeepers Plus, Famis, Amerigroup, (planes Aetna Leap, solo el Dr. Kim), Community Care Plans, etc.).

Los copagos vencen en el momento de su visita; Si no paga su copago en la fecha del servicio, se agregará una tarifa administrativa de \$ 10. Tenga en cuenta que se le pedirá que pague la factura en su totalidad si usted es un paciente con AUTO-PAGO. Aceptamos efectivo, cheques, todas las principales tarjetas de crédito y giros postales para pagos. Si su compañía de seguros requiere una referencia para ser vista por Landmark Foot and Ankle Center, usted es responsable de proporcionarnos esto el día de su cita. Si no tiene una referencia válida, deberá reprogramar su cita. Es responsabilidad del paciente informarnos de CUALQUIER cambio de dirección o cambio de seguro. (Nota: Si su seguro cambia y tenemos que volver a facturar cualquier reclamo según su nueva política, se le cobrará una tarifa de \$ 10).

Al comienzo de cada mes, se le enviará un estado de cuenta que le informará sobre el estado de su cuenta. Cualquier cheque devuelto incurrirá en una tarifa de \$ 35.00 más los honorarios bancarios asociados con el cheque devuelto. Cualquier cuenta vencida después de 90 días será entregada a las colecciones. Los honorarios de abogados, costos judiciales y todos los honorarios relacionados con el proceso de cobro son responsabilidad exclusiva del paciente. Tenga en cuenta que 33 1/3% se evaluará automáticamente en el momento en que se envíe la cuenta a las colecciones.

Es importante que cancele cualquier cita con al menos 24 horas de anticipación, de modo que podamos utilizar esa cita para emergencias si es necesario. Si no cancela dentro de las 24 horas o no se presenta a su cita, se le cobrará una tarifa de \$ 35.00. Si tiene programada una cirugía y cancela dentro de los siete días hábiles, se le cobrará \$ 100.00. Si no se presenta a una cirugía programada, se le cobrará \$ 250.00. Este cargo no es reembolsable por su compañía de seguros y es su exclusiva responsabilidad.

Debido a los crecientes costos administrativos y de personal, cobraremos por lo siguiente:

Registros médicos: 1-20 páginas \$ 20.00; \$ 1.00 por cada página adicional, Rayos X: \$ 20.00 por conjunto de rayos X, Discapacidad, Trabajo o Formularios médicos: \$ 20.00. Espere hasta 7 días hábiles para completar su solicitud.

Entiendo que mi médico explicará los riesgos, beneficios y tratamientos alternativos antes de que se brinden los tratamientos. Estos pueden incluir procedimientos

quirúrgicos, pruebas de diagnóstico y atención médica. Autorizo a mi médico a realizar dichos procedimientos después de que hayamos discutido estos, que son aconsejables en su juicio profesional.

Yo, el paciente o representante, autorizo a Landmark Foot & Ankle Center, P.C. para solicitar beneficios en mi nombre para los servicios cubiertos prestados por Landmark Foot & Ankle Center, P.C. Solicito que los pagos de mi compañía aseguradora se hagan directamente a Landmark Foot & Ankle Center, P.C. Entiendo que soy responsable y acepto pagar puntualmente todos los cargos por los servicios médicos en el momento en que se prestan los servicios y acepto la responsabilidad legal por todos los cargos para mí o para el paciente, incluidos todos los costos incurridos por nuestro abogado de cobranzas. Entiendo que soy responsable de todos los honorarios y cargos profesionales, independientemente de la cobertura de seguro o de cualquier otra fuente de pago. Certifico que la información que he informado, con respecto a mi cobertura de seguro, es correcta. Además, autorizo la divulgación de cualquier información necesaria, incluida la información médica para este o cualquier reclamo relacionado, al agente de facturación mencionado anteriormente. Permito que se use una copia de esta autorización en lugar del original. Esta autorización puede ser revocada por el transportista antes mencionado o por mí en cualquier momento por escrito.

Firma

Relación con el paciente

Fecha