potomac UROLOGY

Alexandria Location
4660 Kenmore Ave, Suite 1120
Alexandria, VA 22304

tel: 703-680-2111
fax: 703-878-3939

Woodbridge Location
2296 Opitz Blvd, Suite 350
Woodbridge, VA 22191

Alok Desai, M.D. Pratik Desai, M.D. Nilay Gandhi, M.D. John Klein M.D. Inderjit Singh M.D.

Poliza de Facturación

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: Por la presente asigno a usted **Potomac Urology center, PC**, todos los beneficios médicos a lo que tengo derecho, incluyendo Medicare o cualquier otro plan de seguro. Por la presente autorizo dicho cesionario, Urología Potomac Urology Center, PC para liberar toda la información para garantizar el pago, incluidas las apelaciones en mi nombre a la Comisión de seguros. También autorizo a mi compañía de seguros para liberar cualquier tipo de información /toda la información a Potomac Urología del Centro, PC que puede ser necesario para asegurar el pago. También entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos en mi compañía de seguros son responsabilidad del paciente, incluyendo los deducibles y copagos y pagos que se deben a la vez se prestan los servicios. Si Potomac Urology Center, PC no participa con mi compañía de seguros, entiendo que soy responsable por todos los cargos no pagados por mi seguro.

También entiendo que si yo estoy firmando en nombre de mi dependiente menor de edad, que yo soy responsable de todas las exacciones que la responsabilidad del paciente. Entiendo que en el caso de que no efectué el pago de servicios prestados a mi nombre (más de 90 días) y todos los intentos para acordar el pago han fracasado, mi cuenta será entregada a una agencia de cobro y /o un abogado. También entiendo que yo seré responsable de todos los honorarios de agencia (33 1/3%) del monto total adeudado y todos los demás costos gastados a la colección de dicha cantidad.
SIN GASTOS DE EXPOSICIÓN: Es nuestra política para exigir cancelaciones de citas, a más tardar 48 horas de antelación a fin de evitar una carga si no se presenta. A partir 02 de enero 2011 la falta de notificación de Potomac Urología Center, PC dentro de este plazo o por no presentarse a la cita hay un cobro de $50, cuota de $ 200 Prueba de CMG, cuota de $ 100 cistoscopia, tarifa de $ 500 Cirugía del Hospital, $ 100 quirúrgica Procedimiento es en la cuota de la Oficina y la tarifa de 250 dólares la vasectomía a su cuenta. Este cargo no se puede facturar a cualquier compañía de seguros, **ES SU RESPONSABILIDAD**. Usted recibirá una factura por esto y se espera el pago antes de su próxima cita..

Pacientes de HMO: Potomac Urologi Center, PC es una práctica médica de especialidad. ES SU RESPONSABILIDAD PARA OBTENER LOS RECURSOS NECESARIOS DE SU MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA Antes de cada visita. Para los pacientes de retorno, si no está seguro si está o no tener una referencia válida en el archivo, por favor llame a la oficina 48 horas antes de su visita para aclarar la cuestión.
Las citas serán reprogramadas si las referencias requeridas no se presentan antes o el día de la cita.
AVISO DE PRIVACIDAD: Mi firma a continuación confirma que se me dio la oportunidad de leer, comprender y hacer preguntas acerca de Potomac Urology Center, PC Aviso de prácticas de privacidad expuestas en la sala de espera (copia dada a pedido). Por la presente autorizo Potomac Urology Center, PC para liberar toda la información referente a mi salud, resultados de las pruebas, la facturación y / o la información contable a la siguiente persona (s) o de los organismos. Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar y recibir una copia del material presentado a un costo de $ 10 gastos de administración, $ 0.50 por página de las primeras 50 páginas y $ 0.25 por página después de 50 páginas. Estos cargos están en conformidad con el Código VA A01-4V13.

También entiendo que Potomac Urology Center, los cobros de $ 25 para completar formularios adicionales.

Yo, Certifico que entiendo y estoy de acuerdo con las políticas mencionadas, Además certifico que la información que he dado es correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Paciente/Firma del Pariente **Nombre** **Fecha de Nacimiento** **Fecha**