

Cómo comprender el estado de cuenta del paciente del VA

Una guía para la información que se encuentra en su estado de cuenta del Departamento de Asuntos de los Veteranos



U.S. Department of Veterans Affairs
Veterans Health Administration

- A.** Dirección para todo el correo dirigido al VA, excepto los pagos
- B.** Número de cuenta, inclúyalo con todos los pagos
- C.** Opciones de pago
- D.** Los pagos y servicios recibidos después de esta fecha aparecerán en el estado de cuenta del mes próximo
- E.** Saldo del estado de cuenta del mes pasado
- F.** Monto pagado por usted o su aseguradora
- G.** Cargos nuevos al estado de cuenta
- H.** Para evitar recargos por pago tardío, pague antes de esta fecha
- I.** Saldo adeudado
- J.** Nombre del medicamento y fecha de surtido
- K.** Consulte el número "K" cuando consulte acerca de un cargo en el estado de cuenta
- L.** \$15 - Atención básica; \$50 - Atención especializada (vista, corazón, audición, etc.). Los cargos para los pacientes internados cambian todos los años

La parte inferior del estado de cuenta es el cupón de pago. Despréndalo, complete toda la información y envíelo por correo junto con su cheque (a menos que pague por tarjeta de crédito) en un sobre cerrado. No incluya cartas, notas ni otros materiales.

La falta de información retrasará el asentamiento de su pago.

- M.** Si paga con tarjeta de crédito, necesitará lo siguiente:
 - 1.** Número de tarjeta
 - 2.** Fecha de vencimiento
 - 3.** Tipo de tarjeta
 - 4.** Firma
 - 5.** Monto de pago

Para pagar su factura en línea, visite www.pay.gov

El Departamento de Asuntos de los Veteranos rediseñó el estado de cuenta del paciente

Su estado de cuenta ahora es más fácil de leer y comprender.

VA Medical Center
459 Veteran Blvd.
Anywhere US 12345-6789 **A**

VA U.S. Department of Veterans Affairs

STATEMENT QUESTIONS OR ADDRESS CHANGE?
Call
Methods of payment:
ONLINE: www.pay.gov
BY MAIL: to the address below
IN PERSON: at any VA Medical Center
PAY BY PHONE: 1-888-627-4817 **C**

Statement reflects payments received by **D**

PATIENT NAME: **B**
ACCOUNT NUMBER: **B**
STATEMENT DATE:

ACCOUNT SUMMARY	PREVIOUS BALANCE	PAYMENTS RECEIVED	NEW CHARGES	BALANCE
	E	F	G	H
DESCRIPTION	AMOUNT		BILLING REFERENCE	
J COPAY RX: 1201964 FILL DATE: 4/20/2012 DRUG: CLOPIDOGREL BISULFATE 75 MG TAB DAYS: 90 QTY: 90 PHY: DOCTOR, JOE CHG: \$27.00	\$27.00		K 589-K999999	
OUTPATIENT CARE VISIT DATE: 04/20/2012 L	\$15.00		589-K999991	

PAYING BY MAIL OR IN PERSON? DETACH THE COUPON BELOW. DO NOT INCLUDE ANY CORRESPONDENCE WITH PAYMENT.

*CREDIT CARD NUMBER 1	*EXP. DATE 2	ACCOUNT NUMBER	STATEMENT DATE
*CREDIT CARD TYPE <input type="checkbox"/> AMERICAN EXPRESS <input type="checkbox"/> MASTER CARD <input type="checkbox"/> DISCOVER <input type="checkbox"/> VISA 3		MAIL TO: M	
*SIGNATURE 4			
BALANCE DUE BY	*PAYMENT AMOUNT 5		

VA FORM 10-0246 Veteran Patient Statement
Pay By: Check, Money Order or Credit Card Payable to "VA". Include Account Number. If paying by Credit Card complete fields marked with an asterisk(*).