



IMPORTANTE: Por favor lea nuestras políticas abajo antes de firmar.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Todos los copagos, coseguros y deducibles deben ser pagados al tiempo que los servicios Son prestados. SI usted no está asegurado, todos los pagos se debe en el momento de servicio.

INICIAL

Las formas aceptables de pago incluyen tarjeta de débito, tarjeta de crédito y dinero en efectivo. HACEMOS No se aceptan cheques o American Express.

INICIAL

SI SE NOS facturar a su seguro por los servicios prestados, usted será responsable PAGAR PARA SU RESPONSABILIDAD estimado del paciente con base en nuestras VERIFICACIÓN DE SUS VENTAJAS Que éramos capaces de obtener antes de su visita. Por favor que la verificación de su Beneficios de seguro no es una garantía de pago su compañía de seguros.

SI NO PODEMOS verificar su elegibilidad y prestaciones de seguros antes de su visita, Usted será responsable de pagar todos los SERVICIOS PRESTADOS en base a su SEGURO. Valorar las tasas de descuento. SU SEGURO será facturado por los servicios prestados. Una vez que nuestra oficina recibe Explicación de los beneficios de su seguro, se le puede. Requerido para cubrir las responsabilidades del paciente adicional o devuelto/ acreditado por cualquier sobrepago apasionados por este oficina. Espere 4 A 6 semanas para que su seguro para procesar cada reclamación. Por favor contacto nuestro consultorio si tiene cualquier. Preguntas o inquietudes sobre nuestro procedimiento de facturación.

INICIAL

EN CASA-FARMACIA

Para su comodidad, nuestra oficina puede dispensar algunos medicamentos de prescripción. Necesarias para tratar su condición médica. POR FAVOR QUE NO NUESTRA OFICINA BILL SU seguro médico para los medicamentos dispensados EN OFICINA Y QUE SU FARMACIA BENEFICIOS DE SEGURO NO SE APLICAN A los medicamentos dispensados en el cargo. LOS MEDICAMENTOS Dispensados en oficina son responsabilidad del paciente y son una ADICIONAL A CARGAR SU RESPONSABILIDAD por la consulta. Para consultas respecto a nuestra MEDICAMENTOS PRECIOS, POR FAVOR NO DUDE EN HACER CUALQUIER DE

LOS MIEMBROS DEL PERSONAL. Si prefiere Utiliza una farmacia fuera de su elección, una receta puede estar PROPORCIONA SIN CARGOS ADICIONALES.

INICIAL

Yo, _____ he leído y entendido la oficina se ha indicado anteriormente políticas.

Imprimir Nombre del paciente

Fecha de firma: _____