
Nuestro equipo de sea que usted sepa que nos comprometemos a proveerle el mejor cuidado posible. Para lograr esta meta, necesitamos de su asistencia y entendimiento de las políticas de nuestra oficina.

CONSULTA INICIAL: El paciente es responsable del primer 20% de la factura exigible y pagadera al momento de la visita a la oficina. Como una cortesía, la oficina le facturará a su compañía de seguros, siempre que usted le suministre a la oficina un formulario de seguro completo o una tarjeta del seguro. Si el paciente no tiene un seguro médico, se le requerirá pagar la totalidad en el momento del servicio.

CONSULTA INICIAL (MEDICARE): Debido a que nuestra oficina acepta la asignación de Medicare, le facturaremos a Medicare en su nombre. Los pacientes que tengan Medicare son solamente responsables por la porción de coseguro aprobada por Medicare. Si tiene un seguro secundario, también le facturaremos en su nombre.

CANCELACIÓN DE TURNOS: Todas las cancelaciones deben realizarse 24 horas antes del turno programado. Los pacientes serán excluidos del programa de Terapia Física si faltan a dos turnos consecutivos sin notificación alguna. Los pacientes que lleguen 10 minutos tarde o más no podrán ver al médico o al terapeuta y tendrán que reprogramar su turno. Su turno está reservado para usted y es para su beneficio, por eso fomentamos que asista a todos sus turnos.

INDEMNIZACIÓN A OBREROS: Debe ser aprobada previamente antes de que el paciente pueda recibir los servicios.

FORMAS DE PAGOS: Dinero en efectivo, cheques, Visa, MasterCard

A pesar de que la presentación de su Demanda de Seguro es una cortesía que extendemos a nuestros pacientes, debemos enfatizar que como proveedores de atención médica nuestra relación es con usted, el paciente, no con su compañía de seguros. No todos los servicios son un beneficio cubierto en todos los contratos y debe darse cuenta que su seguro es un contrato entre usted y su empleados y la compañía de seguros. Todos los cargos son la responsabilidad del paciente. Nuestro equipo con gusto tratará el tratamiento propuesto y responderá a cualquier pregunta relacionada con su seguro.

Si tiene alguna pregunta sobre la información antemencionada o dudas en relación con la cobertura del seguro, por favor no dude en solicitar asistencia.

YO, EL QUE SUSCRIBE, ESTOY DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES
ENUMERADOS ANTERIORMENTE:

Firma: _____ Fecha: _____
