



NOMBRE & FECHA _____

POLÍTICA DE OFICINA:

Para evitar malentendidos de facturación, lea la siguiente información e inicie la siguiente. Sus iniciales significan su comprensión y disposición para cumplir con la política de la oficina.

Copagos de seguros y deducibles:

Se requiere el pago de todos los servicios en el momento en que se prestan. Todo aplicable los copagos, deducibles y saldos anteriores se cobrarán antes de los servicios prestados. Habrá una tarifa de \$ 25.00 por todos los cheques devueltos. En el caso de que su cuenta deba ser entregada para cobros, se pueden cobrar intereses y / o una tarifa de cobro a la tasa actual del proveedor en todos los saldos vencidos.

Iniciales X _____

Información referencial:

Si mi plan de seguro médico requiere una derivación, entiendo que es mi responsabilidad obtener la derivación de mi Proveedor de atención primaria y asegurar que la derivación esté disponible y sea válida en el momento de mi visita. Además, entiendo que es mi responsabilidad hacer un seguimiento del número de visitas que he utilizado en mi referencia, la fecha de vencimiento de mi referencia y obtener nuevas referencias según sea necesario. Si una referencia no es válida para una visita que me atienden, es posible que se me facture en su totalidad por esa visita.

Iniciales X _____

Seguro:

Entiendo que soy responsable de notificar a la oficina del Dr. Cymerman antes de mi visita sobre cualquier cambio en mi seguro o información de contacto. Seré responsable del pago total de la visita si no notifico a la oficina los cambios en el seguro de manera oportuna que afecte la factura.

Iniciales X _____

Política de cancelación:

Si no puede asistir a su cita, comuníquese con nuestra oficina lo antes posible para cancelarla. Si no se comunica con la oficina con al menos 24 horas de anticipación, se le cobrará una tarifa de \$ 75.00. Esta tarifa no es reembolsable por su compañía de seguros.

Iniciales X _____