

Política financiera

The médico y nuestro personal le da la bienvenida a nuestra práctica. Nos esforzamos por brindarle atención médica excelente y nuestro objetivo es hacer tus visitas tan conveniente como sea posible.

Al firmar abajo, usted confirma que ha leído y comprende los siguientes:

Es su responsabilidad informar a nuestra oficina de dirección, teléfono o cambios de cobertura de seguro.

Su cuenta debe mantenerse actual. Por consiguiente, todos los seguros o uno mismo-pagar copagos, seguros Co y deducibles se recogerán en el momento del servicio. Los pagos pueden hacerse por cheque (menos de \$100), Visa, MasterCard, Discaja de cubierta, American Express, o por Crédito.

Si usted es incapaz de hacer su pago (s), su nombramiento puede ser reprogramado.

Un cheque devuelto resultará en un cargo por servicio \$50,00.

Cualquier reembolso necesario se emitirán una vez que todos los reclamos seguros son recibidos y tratados.

Si se solicita desde esta oficina, habrá un cargo de \$15,00 para la terminación de las formas (ex; Discapacidad, FMLA, etc..)

Cualquier saldo no pagado mayor de 30 días puede ser objeto de interés de 1.5% por mes.

Si su cuenta se da la vuelta a una agencia de cobranzas, usted será responsable por ningún coste incurrido en relación con su deuda impaga. Estos costos pueden incluir interés, honorarios de agencias de colección hasta el 35% de su saldo, los costos judiciales y honorarios de abogado.

Es su responsabilidad informarnos de cualquier cambio a su póliza de seguro para que su cobertura pueda ser nuevamente verificada antes de su cita.

Si su póliza de seguro requiere un referido de su médico de atención primaria, es su responsabilidad obtenerla y por fax antes de la cita.

Tenga en cuenta: no todos nuestros servicios son beneficio cubiertos cada plan de seguro.

Nuestra oficina le ayudará con la determinación de cobertura, sin embargo, en última instancia es su responsabilidad ser consciente de qué servicio se le proporciona y si es un beneficio cubierto bajo su póliza de seguro.

Usted es responsable de cualquier cargos no cubiertos no pagado por su póliza de seguro.

Si usted tiene cobertura de seguro de salud: Vamos a presentar sus reclamaciones, sin embargo, debemos destacar como médico, nuestra relación es con usted y no con su compañía de seguros. Aunque tratamos de verificar sus beneficios de especialistas con

su compañía de seguros, tenga en cuenta que esto es solamente una estimación de cobertura de su base en la información proporcionada a nosotros en el momento de la consulta.

Nos damos cuenta de que problemas financieros temporales pueden afectar el pago oportuno de su cuenta. Si surgen estos problemas, le recomendamos que contacte con nosotros inmediatamente para asistencia en la gestión de su cuenta. Si tienes cualquier duda sobre la información anterior, no dude en preguntarnos. **Estamos aquí para ayudarle a.**

Especialistas de vena de Tampa se compromete a proporcionar a todos nuestros pacientes con cuidado excepcional. Cuando un paciente cancela una visita sin darnos 24 horas Aviso, impiden que otro paciente ser visto. A partir del 1 de abril, 2016, la oficina de política para Especialistas de vena de Tampa será como sigue:

Una tasa de \$50,00 será cargado y recogidos para una perdida o Oficina cita sin por lo menos 24 horas de antelación Para el personal de la oficina. A cuota de \$75,00 será cargado y recogidos para una cirugía perdida o anulada cita sin aviso previo de 24 horas a nuestro personal de oficina. Vamos a hacer excepciones a esta política de situaciones inevitables que puedan ocurrir.

Para los pacientes que Miss o cancelar 2 citas consecutivas, el 3Rd cita está programada requerirá una tarjeta de crédito número de archivo en el momento de la convocatoria y debe el nombramiento perdido o cancelado otra vez, su tarjeta de crédito será cargada como se indica en el párrafo anterior. Una vez que un paciente ha perdido o cancelado 3 citas, entonces será la

decisión del médico si el paciente de la práctica de la descarga.

Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier y todos los gastos prestados en el momento de mi visita. Si mi aseguradora me envía pago directamente por servicios prestados a mí por el Dr. Dworkin o sus asociados, entiendo que es mi responsabilidad puntualmente adelante ese pago a Dr. Dworkin de oficina.

He leído y entiendo la política financiera anterior y acepta cumplir con todas las obligaciones financieras.

_____ Nombre del paciente (por favor imprima) Fecha	SIGNO DE: X _____ Firma del paciente
_____ Parte responsable (por favor imprima) responsable Fecha	_____ Firma de la parte