

ARTHRITIS & RHEUMATIC CARE CENTER

Jaime A. Pachon, MD Margarita R. Garces, MD Olga Kromo, MD Patricia M. Mueller, MD

POLIZA FINANCIERA

En el momento en que los servicios son presentados, pago de los cargos que no sean cubiertos por su seguro medico o Medicare seran coleccionados.

Todos los balances que no sean pagados despues de un periodo de (60) dias seran considerados vencidos, a menos que otros arreglos de pago sean planificados. Estos balances seran trasladados a nuestra agencia de cobros. Si esta accion llega a ser necesaria, usted sera responsable de todos los costos de cobro, incluyendo el interes.

Si tiene preguntas acerca de esta poliza, por favor preguntenos.

A partir de el 1 de Septiembre 2008

Como cortesia para nuestros medicos y otros pacientes que necesitan de nuestros servicios, POR FAVOR avise con anticipacion si no le es posible cumplir con su cita. Pacientes que no cumplan o cancelen citas sin dar 24 horas de notification se les pasara un cargo de \$25.00.

Gracias por su cooperacion.

HE LEIDO Y COMPRENDIDO LA DECLARACION ANTERIOR Y ESTOY DE ACUERDO.

Nombre (en letra de molde) _____

Firma _____

NSS _____

Fecha _____