

ARTHRITIS & RHEUMATIC CARE CENTER

Jaime A. Pachon, MD

Margarita R. Garces, MD

Patricia M. Mueller, MD

FINANCIAL POLICY

At the time services are rendered, we collect payment of charges that are not covered by your insurance company or Medicare (co-payments, deductible, coinsurance, etc.)

All non-covered balances older than sixty (60) days are considered overdue, unless other payment arrangements have been made. Such balances may be turned over to our collection agency. If this action becomes necessary, you will be responsible for all costs of collection fees, including interest.

If you have any questions regarding this policy, please do not hesitate to ask us.

CANCELLATION POLICY

Patients who do not show up, or cancel / reschedule an appointment **within 24 hours** **will be charged a \$30 fee for each appointment.**

When a patient does not show up for a scheduled appointment, it creates an unused slot that could have been utilized for another patient in need. As a courtesy to the doctors and other patients,

PLEASE call us within 24 hours if you are unable to keep your scheduled appointment.

After two consecutive no show appointments, the balance on your account will be required to be paid in full before any future appointments are made.

Thank you for your cooperation.

I HAVE READ AND UNDERSTAND THE ABOVE STATEMENT AND AGREE.

Name (Print) _____

Signature _____

Social Security Number _____

Date _____

ARTHRITIS & RHEUMATIC CARE CENTER

Jaime A. Pachon, MD

Margarita R. Garces, 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 médico o Medicare serán cobrados.

Todos los balances que no sean pagados después de un periodo de (60) días serán considerados vencidos, a menos que otros arreglos de pago sean planificados. Estos balances serán trasladados a nuestra agencia de cobros. Si esta acción llega a ser necesaria, usted será responsable de todos los costos de cobro, incluyendo el interés.

Si tiene preguntas acerca de esta póliza, por favor pregúntenos.

POLIZA DE CANCELACIÓN

Pacientes que no se presentan, o cancelan / reprograman su cita **dentro de 24 horas se les pasará un cargo de \$30 por cada cita.**

Cuando un paciente no se presenta a una cita programada, crea un espacio que podría haberse utilizado para otro paciente necesitado. Como cortesía para los médicos y otros pacientes, **POR FAVOR**, llámenos dentro de las 24 horas antes de su cita si no puede asistir.

Después de dos citas consecutivas que no se muestran, el saldo de su cuenta requiere pagarse en su totalidad antes de realizar cualquier cita futura.

Gracias por su cooperación.

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

Nombre (en letra de molde) _____

Firma _____

NSS _____

Fecha _____