

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 coleccionados.

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 poliza, por favor preguntenos.

POLIZA DE CANCELACIÓN

Pacientes que no se presentan, o cancelan / reprograman su cita **dentro de 24 horas se les pasara 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 _____