

— ORANGE COUNTY — FOOT & ANKLE GROUP

Por favor, escoja una de las siguientes opciones:

Nosotros estamos cometidos en proveer la mejor atención posible. Si usted tiene el seguro, sería nuestro placer asistirle en recibir el máximo beneficio admisible. Para lograr estas metas, necesitamos su ayuda y entendimiento hacia su arreglo financiero con nuestra oficina.

Nuestro personal, con mucho gusto, está dispuesto platicar con usted, sobre su propuesto tratamiento, y responder a las preguntas relacionadas a su seguro. Sin embargo, usted tiene que darse cuenta que:

- Su seguro es un contrato entre usted, su empleador, y su compañía de seguro.
- La cobertura de seguro que usted recibirá depende en la calidad de el plan que usted o su empleador ha comprado. Hay distintos planes y la compañía de seguro no nos da el reembolso exacto. Favor de contactar su compañía de seguro si necesita la cantidad exacta de el reembolso.
- Mientras que la presentación de reclamos de seguros es una cortesía que le extendemos a nuestros pacientes, todos los cargos son su responsabilidad desde la fecha en que los servicios son rendidos.

Yo pagaré la CANTIDAD COMPLETA de la cita a la hora de el servicio por medio de lo siguiente:

POR EFECTIVO, CHEQUE, TARJETA DE CREDITO, O FINANCIACION TERCERA. Orange County Foot and Ankle Group, Inc. reclamará el seguro de mi parte, y solicitará que los beneficios sean reembolsados a mi según sea aplicable.

Yo autorizo que la compañía de seguro haga pagos directamente a la oficina por beneficios que sean, de lo contrario, pagadero a mí. Yo pagaré la estimada cer-pago a la hora de tratamiento y el número de mi tarjeta de crédito será guardada en el archivo. Por este medio, yo autorizo que Orange County Foot and Ankle Group, Inc. mantenga mi firma en el archivo y cargar mi cuenta de crédito por cualquier y todas cuotas de tratamiento que sobren después que el portador de seguro ha procesado mi reclamo, o cualquier equilibrio todavía restante después de 45 días. Se me enviará un recibo por correo.

Necesitamos una copia de su tarjeta de credito en el archivo.

Nombre de el titular de la tarjeta

Firma de el titular de la tarjeta

Direccion de el titular de la tarjeta – (#/Calle)

(Ciudad) _____ (Estado) _____ (Zona Postal) _____

MASTERCARD VISA AMERICAN EXPRESS DISCOVER CARE CREDIT

Numero de Tarjeta de Credito: _____ Fecha de Expiracion: _____

CVC # _____

AUTORIZACION:

Yo autorizo la liberacion de mi registro a Financiacion Tercera, otros profesionales de cuidado de salud o operaciones, o otras entidades consideradas necesarias por esta oficina. Yo autorizo el uso de mi firma para toda sumision de el seguro.

Yo entiendo que soy responsable por todos cargos, sean o no sean cubiertos por el seguro, ademas de cualquier costo adicional si es determinado necesario por esta oficina. Yo entiendo que habra un cargo de servicio de 1.75% mensual (21% annual) por cualquier equilibrio adeudado en la cuenta que excede 45 dias, a menos que hubiera un arreglo financiero anteriormente.

Yo estoy de acuerdo a dar un aviso de 24 horas cuando sea necesario cancelar o cambiar una cita. Siempre que no se de un aviso, resultara una carga de \$50.00 por el tiempo de la cita.

Firma: _____

Fecha: _____