Elite Cardiovascular Group
Dr. Nalluri & Dr. Asti

Acuerdo del paciente en las políticas de la oficina

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Registro Medico #: _____

Nuestra política financiera se ha establecido para brindar una comprensión clara y evitar malentendidos.

Por la presente acepto ceder los pagos a la oficina de Dr. Nikhil Nalluri y Dr. Deepak Asti. si mi compañía de seguros no cubre los servicios debido a copagos, deducibles, etc.

Comprendo que soy responsable de los pagos de cualquier tratamiento que mi compañía de seguros no pueda pagar.

Soy responsable de mi deducible y copago de $ _____ que ha sido determinado por mi seguro. Mi copago y deducible se pagarán en el momento del servicio, a menos que se hayan hecho otros arreglos con la oficina. Si la información del seguro es incorrecta, seré responsable del pago completo.

Entiendo que se cobrará una tarifa de $ 20.00 por todos los cheques devueltos / sin fondos y cancelará mi privilegio de pagar con cheque en futuras visitas.

Entiendo y acepto que en caso de que cualquier saldo pendiente deba ser remitido a una agencia de cobranza o abogado para su recuperación, seré responsable de todos los cobros y los honorarios del abogado.

Debido a que su tiempo es valioso, haremos todo lo posible para comenzar lo antes posible. Sin embargo, nuestro tiempo es igualmente importante y esperamos que llegue a tiempo a las citas programadas y nos avise con 24 horas de anticipación de cualquier cancelación.

Al firmar este formulario, acepto que he leído y entiendo completamente la política.

X _____ _____

Firma del paciente / tutor Fecha