

PHYSICAL THERAPY & HAND CENTERS, INC.
Finanzas Políticas

Pagos en Efectivo: El pago debe ser hecho el mismo día en que se le presta el servicio.

Plan de Seguro Privado y Grupos: Usted está obligado a pagar su co-pago en el momento del servicio. Los empleados de Physical Therapy and Hand Centers, Inc. nos haremos cargo de cobrar a su compañía de seguro una vez usted nos haya completado la información requerida en la hoja de seguro y una copia de su tarjeta de seguro. Este servicio se le presta a usted como una cortesía; sin embargo, usted es el último responsable por el pronto y total pago por todos los servicios. Aceptamos efectivo, cheques, MasterCard o Visa. Tenga en cuenta que habrá un cargo por servicio \$25 añada a su cuenta por cheques rebotados.

Su seguro es un contrato entre usted, su empleador, si procede, y la compañía de seguros. **Es responsabilidad del paciente saber sus beneficios y si requieren previa autorización de su compañía de seguro antes de iniciar tratamiento de Terapia Física o Terapia Ocupacional. Este requisito podía afectar los beneficios pagados por su compañía de seguro. Es su responsabilidad el pagar por todos los servicios, no importa el tipo de contrato o acuerdo que usted pueda tener con su compañía de seguro, empleador, sindicato, gobierno o pleito legal.**

Si su compañía de seguros no paga la reclamación en forma oportuna, usted es responsable por el pago de la cantidad contratada en su totalidad.

MEDICARE: Nosotros en Physical Therapy and Hand Centers, Inc. estamos autorizados por Medicare para prestar servicios de Terapia Física y Ocupacional. Adicionalmente nosotros enviamos por usted la cuenta de cobro de Medicare electrónicamente.

TODOS PACIENTES: Si no puede mantener su cita, por favor llame con anticipación para que alguien más puede ver el terapeuta durante el tiempo que había sido reservado para usted. Habrá un cargo agregado \$ 25 a su cuenta para todos los nombramientos no se presenta, y para menos de 24 horas de aviso de cancelación.

En caso de que la cuenta se refiere a las colecciones, el abajo firmante deberá pagar los gastos razonables colecciones incluyendo los honorarios del abogado.

POR FAVOR LEA Y FIRMA LO SIGUIENTE:

Yo autorizo a Physical Therapy and Hand Centers, Inc. que facilite la información requerida por mi compañía de seguro y mi médico acerca de mi enfermedad o mi lesión.

You autorizo y asignó cualquier o todo el dinero pagado a mi bajo los términos de cualquier póliza de seguro, contrato, or derechos de tercer participante perteneciente a la cuenta de servicios prestados por Physical Therapy and Hand Centers, Inc. Yo entiendo que soy financieramente responsable por todos los pagos que no sean cubiertos por este contrato.

Firma de Paciente

(Padre por Niño): _____ Fecha: _____

Gracias por tomarse el tiempo de leer y entender completamente estas políticas y procedimientos. Si usted tiene alguna pregunta o tiene cualquier circunstancia especial, por favor no dude en discutir las con nosotros.