

POR FAVOR ESCOJA SU FUENTE DE PAGO

Nombre legal (Primero, Segundo, Apellido) _____

Fecha de nacimiento: _____

Pago Privado

Yo, _____ reconozco que soy un paciente de pago propio en búsqueda de atención médica. Estoy de acuerdo en pagar mi saldo en su totalidad en el momento del servicio o para pagar el 50% del saldo de mi balance ahora y el resto en su totalidad dentro de 30 días o estaré de acuerdo con un arreglo de pago con la Oficina de Facturación antes de salir del edificio y satisfacer mi acuerdo antes de mi próxima visita programada.

Seguro Medico

Yo, _____ reconozco que mi reclamo será enviado a mi compañía de seguros para un reembolso. Yo soy responsable por el balance restante (en su caso) de acuerdo con mi plan de seguro. Tales pagos se pagarán dentro de los 30 días del recibo de la declaración o me pondré en contacto con la oficina de facturación para hacer arreglos de pago.

Compensación al Trabajador

Yo, _____ reconozco que mi reclamo será procesado con mi compañía de compensación del trabajador. Si se rechaza mi reclamo, yo seré responsable por todos los cargos en la cuenta. Tales pagos se pagarán dentro de 30 días del recibo de la declaración. Es mi responsabilidad de suministrar Horizon Family Medicine con la información necesaria para procesar cualquier y todos los reclamos.

Lesiones Personales

Yo, _____ reconozco que el reclamo se archivará con mi abogado, seguro privado, y/o ajustador de reclamo. Yo seré responsable por todos los reclamos si el pago no es recibido dentro de 30 días. Tales pagos se abonarán al recibir la declaración. Es mi responsabilidad proveer a Horizon Family Medicine con la información necesaria para procesar cualquier y todos los reclamos.

Firma del Paciente (o Guardian Legal)

Fecha