



ACUERDO FINANCIERO

El Doctor y el personal de Allergy Asthma Immunology Care of Central Florida queremos darle la bienvenida a nuestra practice. Nosotros nos esforzamos por proporcionarle un cuidado médico excelente y nuestra meta es hacer de sus visitas tan placenteras como sea posible.

Con su firma al final de este documento usted confirma que ha leído este acuerdo y comprende lo siguiente:

- Es su responsabilidad informar a nuestra oficina de cualquier cambio de dirección o número de teléfono,
- Su cuenta va a ser mantenida al corriente - en conformidad, todo auto-pago o co-pago de seguro, co-seguros y deducibles serán colectados al momento del servicio. Los servicios son pagados en efectivo, cheque, Visa o MasterCard.
- Si usted no tiene su pago (s), su cita puede ser re-programada,
- Se le puede requerir que haga otra cita por condiciones diferentes de la razón de su cita original.
- Un cheque devuelto resultara en un cargo de \$25.00 y todos los pagos futuros serán requeridos en efectivo o tarjeta de crédito,
- Se le enviara un estado de cuenta solo si su balance excede de \$~_,QP y usted recibirá reembolso solo si su crédito es mayor de \$10. Los reembolsos serán emitidos durante las próximas 4-6 semanas de la fecha de su pedido, si no existe ninguna reclamación de segura pendiente.
- Existe un cargo de \$30.00 por los servicios de llenar formularios (ej: incapacidad, FMLA, etc.).
- Cualquier balance no pagado por más que 180 días puede estar sujeto a 1.5 interés por meso
- Hay un cargo para copias de su record de un \$1.00 por las primeras 25 páginas y \$0.25 por las demás. Puede tomar hasta 30 días.
- Si una cita no se cancela antes de 24 horas del día de la cita, habrá un cargo de \$50.00.
- Si su cuenta es enviada a una agencia de colección, usted será responsable por cualquier costo que se incurra en la colección de su balance, esto puede incluir los honorarios de la agencia de colección hasta 35 de su balance pendiente, costos de corte y honorarios de abogado.

Si usted tiene cobertura de seguro de salud:

Nosotros someteremos sus reclamaciones, sin embargo, *debemos en/atizar que como proveedores medicos, nuestra relacion es con usted, no con su compaii(a aseguradora*, aunque nosotros intentamos verificar sus beneficios con su poliza de seguro. Por favor, sea conciente que esto es solo un estimado de su cobertura basado en la informacion dada a nosotros en el momento de la reclamacion pero esto no es una garantia de pago para nuestra oficina.

Al firmar debajo usted confirma que comprende:

- Es su responsabilidad informarnos de cualquier cambio a su poliza de seguro de modo que su cobertura pueda ser verificada antes de su cita. Si enviamos su reclamacion a una poliza de seguro equivocada y ellos denlegan el pago usted sera responsable por todos los cargos en su totalidad.
- Si su poliza de seguro requiere una referenda de su médico de cuidado primario, es su responsabilidad verificar que la referencia sea enviada por FAX a nuestra oficina antes de su cita.
- No todos los servicios son cubiertos por su seguro medico.
- Es su responsabilidad conocer qué servicio (s) se le está ofreciendo y si el mismo está cubierto por su policia de seguro.

Someter sus reclamaciones al seguro es una cortesia bacia usted, todos los cargos son su responsabilidad desde la fecha en que los servicios fueron prestados.

He leído y comprendido el Acuerdo Financiero arriba mencionado y estoy de acuerdo en cumplir todas las obligaciones financieras.

Nombre del paciente (letra de molde)

Firma del paciente

Fecha

Padre o encargado (letra de molde)

Firma del padre o encargado

Fecha

5412 Curry Ford Road, Orlando, FL 32812. (407) 658-7882. FAX (407) 658-7995
322 W. Oak Street, Kissimmee, FL 34741. (407) 658-7882. FAX (407) 658-7995

Visitanos en www.andrademd.com