

Compassionate Care for Women

Lawson C Richter, MD

Traducción Solamente firme el lado en Ingles

Bienvenida a nuestra oficina. Su participación en su cuidado medico es muy importante para el tratamiento de su condición medica. Aquí tiene algunos consejos para ayudarle a maximizar su éxito.

Pólizas de CCFW

1. El pago debe hacerse en el momento de presentarse igual que balance previo en su cuenta esto incluye deducibles o porcentaje de su seguro médico.
2. Su próxima cita tiene que hacerse antes de irse.
3. Renovar su receta/s tiene que venir por fax de su farmacia. No hacemos EXCEPCIONES.
4. Cobraremos su seguro médico como una cortesía. Es su responsabilidad de pagar el balance restante.
5. Es su responsabilidad de informar a la oficina de inmediato de cualquier cambio de domicilio, teléfono/s, contacto de emergencia o información de trabajo.
6. Es su responsabilidad de informar a la oficina de inmediato sobre cambios de seguro médico.
7. El no informarnos de cualquier cambio en su en su póliza/s, por lo tanto, voluntariamente pierde su derecho a utilizar el seguro. Todos los gastos que se realicen desde este punto serán a su responsabilidad.
8. Es su responsabilidad de comprender y ser informado de beneficios de su seguro. Por favor, consulte con su compañía de seguros o departamento de recursos humanos si tiene alguna pregunta.
9. Si su banco regresa su cheque por falta de fondos se le cobrara **\$25.00** aparte del balance y no se aceptaran más pagos con cheque.
10. Si no asiste a su cita se le cobra **\$80.00**, si no cancela su cita con un mínimo de 48hrs de ante mano se le cobrara **\$80.00** lo cual es su responsabilidad.
11. Si necesita cualquier formulario a rellenar hay un mínimo de **\$50.00** y son aproximadamente 24-48 horas para completar.
12. Si necesita una carta del médico hay un cargo mínimo de **\$75.00**, dependiendo de la complejidad de la carta que el cobro puede que sea más. Son aproximadamente 48-72 horas para completar su solicitud.
13. En el caso de que su cuenta debe estar en colección será responsable de intereses, cobros de recolección, los costos de la corte y los honorarios legales.

He leído y entendido las pólizas mencionadas en su totalidad. Estoy de acuerdo en cumplir con estas pólizas.

Iniciales _____ **Por favor firme el lado en inglés.**