

La colina de medicina fetal la política financiera de país

Estamos dedicados a proporcionar la mejor atención posible y el servicio a usted durante su embarazo. Por favor, lea la política financiera que aparece a continuación. Para su comodidad Aceptamos VISA, MasterCard, Discover y American Express.

Seguro:

- Tengo entendido que se cobrarán en mi compañía de seguros primaria para mí. Todos los copagos, coaseguro, elementos no cubiertos y cantidades deducibles vencen en el momento de servicio. También entiendo que si mi compañía de seguros niega un cargo por cualquier razón, será facturada y en última instancia responsable de ese cargo.
- Si una reclamación es discutida por la compañía de seguros por cualquier motivo, y no se ha pagado en forma oportuna, será responsable del pago de los cargos hasta que se ha resuelto la controversia y la compañía de seguros hace pago sobre las acusaciones de que se trate.
- Autorizar a las prestaciones del seguro que se pagará directamente al médico y la liberación de los registros médicos que puede exigirse por la compañía de seguros con el fin de pagar esos beneficios. Esta asignación de beneficios es irrevocable y se considerará una copia estática de la foto como legal y vinculante que el original.
- Si una Agencia de colección exterior es necesaria, usted será responsable de tu saldo pendiente, así como de todos los cargos por el organismo en esfuerzo para recoger su saldo.

Pacientes menores:

- Los pacientes menores de 18 y embarazadas son considerados responsables de su atención médica y la responsabilidad financiera.

Lista de los nombres de las personas **autorizadas por usted para recibir información médica, que también incluye a los Estados financieros**, de cualquier y todos los **tratamientos en medicina de Hill Country materno fetal**. Para revocar la presente autorización, deberá presentarse aviso por escrito a la Oficina.

Nombre: _____ teléfono # _____ relación: _____

Nombre: _____ teléfono # _____ relación: _____

He leído y comprendido la política financiera de la práctica. En la firma de este acuerdo, estoy de acuerdo con los términos expuestos anteriormente.

Nombre impreso del paciente

Firma del paciente fecha