

AllKids Urgent Care

Phone 480.633.1111 • Fax 480.633.6611

POLITICA FINANCIERA

Nuestro cuidado de urgente y proveedores contratan con portadores de seguro para servir mejor a nuestros pacientes. Sin embargo, la responsabilidad para el pago de servicios rendidos se queda la responsabilidad del asegurado y/o el padre de paciente.

La tarea de Beneficios

En caso que el paciente, su representante autorizado o el garante que firma abajo, tiene derecho a beneficios de cualquier tipo que surge fuera de cualquier política de asegurar al paciente o cualquier otro partido responsables del paciente, esos beneficios por la presente son asignados a AllKids Urgent Care para la aplicación a la cuenta del paciente. Tal pago descargará la compañía de seguros de cualquier obligación bajo la política hasta el punto que el pago ha sido hecho por consiguiente a los términos de la política. El abajo firmante se quedará responsable de cualquier y todas cargas no pagadas por la compañía de seguros y/o no cubierto por esta tarea. Cualquier beneficio de cualquier tipo bajo cualquier política de seguro que asegura al paciente, o cualquier otro partido responsable de este paciente, por la presente es asignado a la AllKids Urgent Care.

La Firma del garante: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Responsabilidad financiera

Conuerdo que a cambio de los servicios proporcionados al paciente por AllKids Urgent Care y/o cualquier médico que ayudan o los proveedores, yo pagaré la cuenta del paciente antes de descarga o haré arreglos financieros satisfactoriosa AllKids Urgent Care. En caso de defecto, yo conuerdo en pagar todos costos de colecciones, y de los honorarios de abogado razonables. Una cuenta morosa (60 días de la fecha de servicio) será cargada un \$10.00 honorario que factura y puede ser cargado interés en la tasa legal.

ES COMPRENDIDO QUE PUEDE ABER CARGO ADICIONAL PARA RADIOGRAFIAS O PRUEBAS DE LABORATORIO REALIZADO POR PROVEEDORES U ORGANIZACIONES DE OTRA MANERA QUE ALLKIDS URGENT CARE QUE EL BILL SERA MANDADO SEPARADAMENTE.

La Firma del garante: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Si usted quiere una copia de este acuerdo, solicita por favor uno de la recepcionista cuando usted regrese papeleo a ellos.

(UPDATED 09/2013)