



300 Dawson Commons Circle, Suite 320 · Dawsonville, GA 30534

Tel: (706) 216-2771 · Fax: (706) 216-2944

Nombre de Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Póliza Financiera y de Seguro

Nosotros participamos con la mayoría de planes de aseguranzas incluyendo Medicaid, Amerigroup, Peachcare, Peachstate y Wellcare.

****Nota:** No archivamos a su aseguranza de automóvil, liability o vivienda.

Usted y su compañía de aseguranza son responsables por su cuenta.

-Saber sus beneficios de seguro es su responsabilidad .

(Esto incluye pero no limitado a, saber si las vacunas, exámenes de laboratorio, los exámenes físicos, y otros precedimientos se cubren o pudieran pasar a su deducible.)

-Cualquier pregunta referente a su cobertura debe ser dirigida a su compañía de aseguranza.

Si su compañía de aseguranza requiere un co-pago, usted debe hacer el co-pago a la hora de servicio.

-Recuerde por favor que estamos obligados por contrato por su compañía aseguradora, a coleccionar su co-pago.

-El balance de los cargos sera enviado en un estado de cuenta. El pago complete que sea su responsabilidad se espera en cuanto reciba el cobro.

-El co-pago tambien aplica a las consultas de seguimiento.

Comprobante de aseguranza valida y actual se debe proporcionar a la hora de servicio.

-Si usted no proporciona esta informacion, usted sera responsable por la visita.

-Si no tiene aseguranza medica, se le requiere un pago de anticipo por la consulta, basado en los servicios proporcionados.

-Tiene que reporter TODO tipo de cobertura de aseguranza. De no hacerlo sera considerado un fraude a su aseguradora. Esto resultara en que toda la cuenta medica sea su responsabilidad.

Por falta de no recibir un estado de cuenta, no lo detiene de su obligacion financiera. Es responsabilidad de usted avisarnos de cualquier cambio de domicilio y de su estado de cuenta.

Cuentas atrasadas seran sujetas a proceso de coleccion. Habra un cobro del 35% adicional al balance atrasado.

Aceptamos dinero en efectivo, cheque, money orders, y la mayoria de tarjetas de credito.

-Cualquier cheque retornado sera sujeto a un cobro de \$30.

-El cobro de un cheque retornado solo podra pagarlo con dinero en efectivo, money order o tarjeta de Credito.

Firma del Partido Paciente o Responsable

Fecha