



POLITICAS Y PROCEDIMIENTOS DE COBRO Y PAGOS

- 1.- Si su cobertura no es 100%, usted deberá ser responsable por un porcentaje y/o el deducible que no sea cubierto por la compañía aseguradora. Este pago es requerido en cada visita.
- 2.- Si usted no tiene aseguranza o la informacion de la aseguranza no es disponible, el pago en su totalidad es requerido, al menos que se haya llegado a un arreglo de pagos por el gerente de financiamiento.
- 3.- Usted recibirá un estado mensual sobre su cuenta que le indicará el estatus de su cuenta.
- 4.- Habrá un cargo de \$25.00 por cada cheque sin fondos.

INFORMACION SOBRE ASEGURANZA

Como cortesia a nuestros pacientes, verificaremos y haremos un archivo con información de su aseguranza, pero no podemos garantizar ningun pago. Nosotros le sugerimos que lea cuidadosamente la poliza de cobertura del terapeuta. Varias aseguranzas tienen estipulaciones donde especifica otra clase de cuotas, sesiones limitadas de terapiás, cantidades de reembolso limitados por sesion, deducibles, equipo, etc... Tales estipulaciones deberán estar en el manual de polizas.

USTED ES RESPONSIBLE POR CUALQUIER CANTIDAD QUE NO CUBRA SU ASEGURANZA.

Nosotros tenemos un contrato con usted y esperamos su pago, nosotros no tenemos contrato con su compañía de aseguranza. Porfavor siempre tenga esto en mente para que planee su pagos como hayamos acordado. La aseguranza del trabajador, será verificada, de cualquier manera esto no garantiza el pago. Si su aseguranza niega el pago esta cuenta es SU RESPONSABILIDAD.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Yo entiendo que he sido referido a la clinica QUALITY REHABILITATION NETWORK para un tratamiento de rehabilitación. QUALITY REHABILITATION NETWORK me explicará el plan de tratamiento que sera para mi. Yo tendré el derecho de que se me aclare cualquier duda que tenga acerca del tratamiento, incluyendo los riesgos o las alternativas que tengo para el plan de tratamiento que el doctor o terapeuta me hayan recomendado. Al firmar este contrato, doy mi consentimiento a QUALITY REHABILITATION NETWORK que me den el tratamiento que mi doctor o mi terapeuta me hayan recomendado.

Estas declaraciones son verdaderas y correctas. He entendio por completo las polizas de pago y cobro de QUALITY REHABILITATION NETWORK. Yo autorizo a QUALITY REHABILITATION NETWORK a proporcionar información sobre mi condición medica a compañías de aseguranza, a abogados, o a representantes legales que necesiten tal información. Yo entiendo que en caso de que yo pague mi cuenta y a la misma vez mi aseguranza pague mi cuenta, yo seré reembolsado mi dinero. Yo entiendo que es mi responsabilidad pagar cualquier cargo que mi aseguranza no cubra. Con firmar este documento certifico que e leído y estoy de acuerdo con esta información.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Padre o tutor: _____ Fecha: _____