

Entiendo que estoy de acuerdo a pagar por los servicios prestados incluyendo cobros de abogados, corte o agencia de coleccion que sea necesaria para recibir los pagos afectados en esta, cuenta, y entiendo que hay cargos por intereses de 1.5% que seran adicionales si mi cuenta se atrazace o fallace en hacer el pago.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

---

## OBLIGACION DEL PACIENTE

### Co-pagos

Si usted esta enrolado en un plan (HMO o PPO) que tengamos contratos con el; es requerido que usted pague su parte del co-pago cada vez que sea atendido, si no estuviese preparado para este pago en ese momento la consulta debera ser pospuesta.

### Referidos/Autorizaciones

Si usted es miembro de un HMO el cual requiere ser referido por su medico primario usted debe traer ese **Referimiento** con usted para poder ser atendido por el Doctor, si no trae el referimiento tiene dos opciones:

1. Puede ser pospuesta la cita para otro dia.
2. Puede pagar en el momento de la consulta y le retenemos el pago del cheque por 3 dias laborables si el referimiento es proveido en el periodo de esos tres dias este le sera devuelto.

Nuestros empleados estan dedicados a trabajar con su compania de seguro para garantizarle el mejor reembolso. Los pacientes por lo tanto tienen la responsabilidad en relacion a su cobertura por parte de las agencias de seguro por eso le agradecemos su ayuda en proveernos de todo lo necesario para su asistencia.

### Deducible

En adiccion al co-pago, algunos planes tienen tambien un deducible anual que es requerido pagar en el momento de la consulta. En el caso que halla un balance negativo despues de que su agencia de seguro halla pagado su porcion de esta deuda, le sera enviado su recivo de cobro (solo le enviaremos tres cobros). En el ultimo cobro se le indicara que no seran enviados ningun otro y que su cuenta seria enviada a una agencia nacional de coleccion o cobro. Para evitar esta molestia, por favor pague su cuenta rapidamente antes de recibir el primer aviso, en caso de que usted no entendiese la rason por el balance negativo por favor contacte rapidamente con nosotros y se le respondera cada pregunta que usted tuviese.

---

### Nota

Usted como paciente tiene la responsabilidad de entender como trabaja su seguro. No es la responsabilidad de Dr. Margulies y sus empleados en saber los planes de seguro. Si en algun momento su seguro medico negara pagos por los servicios proveidos por Dr. Margulies. Nosotros reservamos el derecho de poder cobrar dechos servicios.

Yo \_\_\_\_\_, paciente de Dr. Margulies he leído y entendido los acuerdos y obligaciones. Mi firma esta de acuerdo en todo lo anteriormente leído.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

