

Advanced Allergy & Asthma Care, PLLC.

Rima Sanka, D.O. Latha M. Chamarthy, M. D. Ami Degala, M. D.

Certificado en Alergia Asma e Inmunología

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FISCAL

Como una cortesía a usted, nuestra oficina presentará reclamo (s) a su Seguro de Salud Carrier (s) por los servicios prestados a usted o sus familiares cubiertos.

Usted será responsable por cualquier y todos los co-pagos, deducibles y por los cargos no cubiertos por su seguro de salud portadora (s). Todos los pagos se deben hacer durante el tiempo de servicio en base a la información disponible.

Si no se recibe el pago de su compañía de seguro (s) dentro de los 90 (noventa) días desde la fecha de la notificación, el proyecto se convierte tu responsabilidad. Nuestra oficina le facturará por la cantidad adeudada.

En el caso de que su vehículo (s) de seguro se niega a pagar a la reclamación (s) o paga solamente el pago parcial, el proyecto se convierte en su responsabilidad.

En el caso de que su vehículo (s) de seguro de enviar el pago directamente a usted, usted acepta pagar el monto de inmediato a nuestro oficina.

En caso de que la cuenta se denomina procedimiento de recogida, el suscrito será responsable de la colección costos y honorarios de abogados.

POLÍTICA DE OFICINA CASOS DE NOMBRAMIENTO

Los médicos limitan el número de citas que hace sobre una base diaria, para que puedan pasar un tiempo adecuado con cada paciente para proporcionar la más alta calidad de la atención médica. cancelaciones de corto plazo, si no se presenta, y reprogramados citas impacto significativo en el calendario. Siempre que llamamos para confirmar su cita, lo que debería haber tiempo suficiente para saber si puede mantener su cita programada o no.

Cuesta mucho dinero para ejecutar una práctica médica. citas canceladas, cancelaciones con poca antelación, y no se presenta no solo perjudican significativamente nuestros ingresos, sino que también nos impiden proporcionar nuestros servicios a los pacientes en necesidad real durante aquellos tiempos. Se han realizado varios espectáculos y no hay citas canceladas en el pasado, lo que nos obligó a llevar el siguiendo la política en vigor: Si llega tarde y sin notificación, vamos a tener que reprogramar su cita en la siguiente hora disponible.

Hay un cargo de \$ 25 para cualquier cambio en las citas con aviso de menos de 24 horas.

Por la presente leído y estoy de acuerdo con la declaración de la responsabilidad financiera y política de la oficina a cabo en relación con las citas , como se ha descrito anteriormente.

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del paciente / padre / tutor

Nombre del paciente / padre / tutor (IMPRESIÓN)

Firma Instalación Autorizada: _____ Fecha: _____

Enumere los miembros de la familia u otra persona (s) a quien podemos informar sobre su condición médica general y su diagnóstico (incluyendo el tratamiento , pago y operaciones de cuidado de la salud) .

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Imprimir del lugar donde desea que sus declaraciones provistas de facturación y / o correspondencia enviada desde nuestra oficina en caso que no sea su casa. Por favor, indique si desea que toda su correspondencia enviada desde nuestra oficina en un sobre sellado marcado " CONFIDENCIAL "

Si _____ No _____

Entiendo que la ley de protección de la privacidad y ha ofrecido una copia de la notificación de las organizaciones políticas de privacidad actualizados para el HiTech Ómnibus Estado de 2013 .

Firma: _____

Fecha: _____