

# DECLARACIÓN DE POLÍTICA FINANCIERA

**Arch Foot Care**

**Devang C. Patel, P.C.**

**Especialista Podiatrist-Medico y Quirúrgico Del Cuidado Del Pie**

**761 Main Avenue**

**Norwalk, CT 06851**

Usted es responsable de saber las ventajas, las limitaciones, los deductibles, y las restricciones que su política puede estipular. Facilitaremos el proceso del pago de la cuenta a nuestras capacidades. para evitar cualquier malentendido, preguntamos que usted confirme sus ventajas con su portador de seguro.

Entienda por favor que ocurre la determinación exacta de ventajas su compañía de seguros procesa y paga en ese entonces la demanda. Cada esfuerzo será hecho de notificarle si una diferencia ocurre entre qué esperaron y cuál era realmente pagado. Usted debe también recibir la notificación directamente de su portador de seguro referente a las ventajas pagadas de su visita

**Cualquiera sabido fuera de costos del bolsillo incluyendo deductibles, paga, seguro, y o los servicios o las fuentes no cubiertos son debidos a la hora de servicios.** Cualquier cantidad negó por cualquier razón por su portador de seguro no sabido a nosotros es debida a la hora del proceso de la demanda. El pago espera a la hora del tratamiento para los deductibles, co-paga, y co-insurance. Entiendo y convengo que soy financieramente y legalmente responsable del pago completo de la cuenta de servicios y que cualesquier faltas de mi portador de seguro de pagar todos o cualquier parte de mi cuenta no constituye una razón de mí de no pagar.

Cuentas que están sin pagar se consideran delincuente. Estas cuentas serán referidas una agencia y/o un abogado de colección para la colección o la corte pequeña de las demandas. Usted, el paciente es la parte responsable y será responsable de todos los costes incurridos en para las colecciones. Éstos pueden incluir honorarios de colección, honorarios del abogado, y costes de la corte.

También entiendo y convengo que la responsabilidad de obtener las autorizaciones de las remisiones para en el tratamiento de la red es solamente mina. Entiendo que me verán como hacia fuera- de paciente de la red si no obtengo la remisión apropiada para el tratamiento. Entonces será mi responsabilidad de todas las ventajas sin pagar.

Además, me han aconsejado que mi falta y/o negación de proporcionar la información exacta del seguro antes, o sobre de mi visita inicial asignarán que por mandato esta oficina asignará a le como pagar de un uno mismo o a paciente sin seguro del efectivo. Esta clasificación me hará perder cualquier ventaja de la en-red que esta oficina pueda aceptar como abastecedor que participa. Me reinstalarán como paciente de los asegurados una vez que se proporcionen toda la documentación y remisión.

También entiendo que esta oficina pide 24 horas cortesananas del aviso para cualquier cambio o cancelación de citas programar. Entendemos que ocurren las emergencias y otras circunstancias.

Entiendo la política y la responsabilidad financieras de mi cuenta.

---

Firma Del Partido De Patient/Responsable

---

Fecha