

NADER Y. ABDELSAYED M.D., P.C.

1815 E. lake Mead Blvd, Ste 314

North las Vegas, NV 89141

Acuerdo Financiero

Para todos los pacientes:

Gracias por escoger la oficina del Dr. Nader Abdelsayed M.D., P.C. Por favor tenga en mente que su póliza de seguro es un contrato entre usted, su empleador y compañía de seguros. Nuestra relación es con usted.

Nosotros mandaremos el cobro a la compañía de seguros por usted si tenemos contrato de proveedor con ellos. Aún así si no tenemos dicho contrato, le mandaremos el cobro a la compañía de seguros, pero le requeriremos el pago completo en caso de que el cobro fuera negado. Por favor lea el acuerdo financiero y después firme y ponga la fecha.

- Todos los co-pagos y deducibles tienen que ser pagados en el momento de servicio. Los pagos pueden ser con dinero en efectivo, cheque, tarjetas de debito o credito (visa or mastercard)
- Yo entiendo que no todos los servicios son cubiertos por mi seguro médico. Los cobros por beneficios no cubiertos por mi seguro tienen que ser pagados en el momento de servicio, o si a hecho plan de pago pueden ser pagados después.
- Yo entiendo que mi doctor le mandará el cobro a mi compañía de seguros. Si no se recibe el pago de la compania de seguros en 90 dias, yo seré responsable de algunos o todos los servicios que se me hayan proporcionado.
- Se le hará un cobro de \$35 si recibimos un cheque con fondos insuficientes.
- Yo entiendo que habrá un cobro de \$10 por llenar formas de desempleo, desabilidad, etc.
- En el dado caso que mi cuenta sea transferida a una agencia de colecciones. Yo estoy dispuesta a pagar la cantidad en total incluyendo un 50% de recargos adicionales por tener un balance.

Yo entiendo y estoy de acuerdo con éstas declaraciones.

Paciente: _____ Esposo: _____ Fecha: _____

Guardián Legal: _____ Relación: _____ Fecha: _____