

ALLERGY, ASTHMA, ARTHRITIS CENTER OF CENTRAL FLORIDA

JOSE ANDRADE, M.D., P.A.

www.andrademd.com

**5412 Curry Ford Rd.
Orlando, FL, 32812
(407) 658-7882**

**322 W. Oak St.
Kissimmee, FL, 34741
(407) 846-4540**

ACUERDO FINANCIERO

Gracias por seleccionarnos para cuidar de su salud. Nosotros estamos comprometidos al exito de su tratamiento medico. Creemos que en el mayor interes de mantener una buena y satisfactoria relacion de medico/paciente, es importante expresar claramente los terminos de nuestros servicios. Lo pedimos que lea y firme este acuerdo financiero antes de recibir tratamiento.

Los pacientes son responsables de completar la informacion y la forma de seguro antes de verse con el Dr. Andrade.

PAGOS COMPLETO, CO-PAGOS, PORCENTAJES Y/O DEDUCIBLES DE SU SEGURO MEDICO DEBEN SER PAGADOS AL TIEMPO DE RECIBIR LOS SERVICIOS.

ACEPTAMOS EFECTIVO, CHEQUES, VISA/MASTERCARD, Y AMERICAN EXPRESS.

Compania de Seguros Medicos (no-participantes):

Su cubierta de seguro medico es un contrato entre usted y ellos y nuestro Centro de Alergias no es parte de ese acuerdo/contrato.

Usted es responsable por el pago completo de los cargos por el servicio medico que se le provea. Sin embargo, para su conveniencia le podemos ayudar a someter la reclamacion para que su compania aseguradora, bajo sus estipulaciones, le reembolse directamente a usted la cantidad pagada a nosotros.

Nuestros precios estan a la altura para proveer el mayor tratamiento de salud para los pacientes y cobramos lo que consideramos apropiado segun el conocimiento que conlleva su cuidado/tratamiento. Usted es responsable por el pago total al tiempo de recibir nuestros servicios independientemente de cualquier asignacion, determinacion o arbitraje estipulada o permitida como la medida "usual y/o acostumbrado" por las casas aseguradoras.

* * * * *

Como paciente es su responsabilidad el saber las particularidades de su cubierta de seguro medico y sus obligaciones. Esto incluye su obligacion de verse con un medico participante, obtener apropiada autorizacion/referido, conocer su cubierta medica y sus limitaciones, y el de estar preparado para pagar cualquier gasto al tiempo de su visita.

Regulaciones de asistencia medica requieren que nosotros cubramos todos los co-pagos, deducibles, balances y toda cantidad asignada por servicios no cubiertos; ya que podriamos confrontar cargos criminales o fraude de no hacerlo.

PPO/MEDICARE (COMPANIAS PARTICIPANTES):

Como participante y proveedor de servicios, el contrato es con la compania de seguros medicos y el Centro de Alergia, Asma y Artritis. Por contrato se nos requiere cobrar co-pagos, porcentajes de co-aseguradoras y deducibles al tiempo que se presentan los servicios.

Por favor entienda que algunos de los servicios que se le provean pueden no ser considerados por su plan como "no-cubiertos" o "medicamente innecesarios". Por esta razon, se espera que usted pague por los mismos al momento o tiempo que recibe dichos servicios.

HMO (COMPANIAS PARTICIPANTES):

Como participante y proveedor de servicios, el contrato es con la compania de seguros medicos y el Centro de Alergia, Asma y Artritis. Por contrato se nos requiere cobrar co-pagos, porcentajes de co-aseguradoras y deducibles al tiempo que se presentan los servicios.

Es su responsabilidad tener un referido de su medico primario antes de su cita medica con nosotros. Asegure que este referido incluye un numero de visitas aprobadas y fecha de expiracion. Por contrato, no podemos atenderle sin tener esta autorizacion.

Por favor entienda que algunos de los servicios que se le provean pueden no ser considerados por su plan como "no-cubiertos" o "medicamente innecesarios". Por esta razon, se espera que usted pague por los mismos al momento o tiempo que recibe dichos servicios.

Nosotros entendemos que su tiempo es importante y que largas esperas en nuestro itinerario no es aceptable. Hacemos lo mejor posible para fijar las citas cuidadosamente y confirmamos las mismas siempre que se nos hace posible. Emergencias pueden surgir en la practica y en el tratamiento de alergias/asmas, pero la causa mas grande en la perdida de tiempo son las citas perdidas, sin cancelacion. Por lo tanto, es importante que usted cancele o cambie su cita medica por lo menos con 24 horas en anticipacion.

El tratamiento medico a menores de edad debe ser autorizado con la firma del padre o encargado en la forma de registracion, acuerdo financiero, seguro medico y formas de consentimiento antes de recibir servicio. Cargos adicionales pueden ser efectuados por tarjetas de credito pre-autorizadas, cheques o efectivo. **Se cobra un cargo de \$20 por cheques devueltos por falta de fondos**

Yo entiendo y estoy de acuerdo con este acuerdo con este acuerdo/politica financiera del Centro de Alergia, Asma y Artritis.

Nombre de Paciente (letras de bloque)

Firma de Paciente

Fecha

SI PACIENTE ES MENOR DE EDAD:

Nombre de Adulta Responsable por Paciente (letras de bloque)

Firma de Adulto Responsable por Paciente (letras de bloque)

Relacion con el Paciente

Fecha