

TERAPIA FÍSICA -- FYZICAL

Política, asignación y consentimiento financieros del tratamiento

~Para nuestros pacientes, nos alistan en programas numerosos del seguro y los planes manejados del cuidado donde mandamos la cuenta el portador de sus cargas.

~ mientras que estamos satisfechos ofrecerle este servicio, es imposible no perder de vista todos los requisitos individuales para cada plan. Incluso con la misma compañía, los planes diferencian dependiendo de qué tipo de contrato ha elegido su patrón para los empleados.

~ llamaremos a su compañía de seguros cuando usted primero entra para la terapia ver cuál es su cantidad del co-pago y también considerar si su deducible ha sido met.

Recogemos su co-pagamos y los deductibles en la época del servicio.

***RECORDATORIO:** Su compañía de seguros es **su** el pagador de servicios así que usted deben llamarlos para comprobar sus ventajas antes de que usted venga a la terapia. Qué él no paga podría convertirse en su equilibrio especialmente si la autorización previa debía ser obtenida antes de que usted tuviera el servicio pero no fue obtenida. **No podemos ser responsables de sus requisitos dentro de su política.** Nos dan a menudo ventajas incorrectas cuando llamamos a compañías de seguros. Si ambos llamamos, tenemos una ocasión mejor de tomar el cuidado de problemas delante del tiempo.

•Acuerdo /consentimiento/asignación financieros del tratamiento:

El infrascrito conviene, como paciente o agente del paciente, que el paciente está aceptando la responsabilidad financiera de los servicios rendidos y está obligado para pagar sus equilibrios debidos en la época del servicio y todos los equilibrios que se pueden negar por su compañía de seguros después de usted archive su demanda.

- Autorizo el personal de FYZICAL a proveer de mí el tratamiento según lo juzgado necesario por el mi Dr. o Therapist. Autorizo por este medio FYZICAL para lanzar la información a mi compañía de seguros y para recibir el pago directo de él para mis servicios. También entiendo que esta autorización no me lanza de mi responsabilidad personal del pago de todas las cargas.

Firme por favor debajo de consentir a los párrafos antedichos

Firmado: _____ SS# _____ Date: _____

Los pacientes de Seguro de enfermedad que reciben los servicios médicos caseros de la clase no son elegibles para la terapia de la comprobación del paciente no internado.

¿Usted está recibiendo actualmente la salud casera? ___ No de los

Yes

por favor inicial