



ACUERDO FINANCIERO

Fecha: _____

A la Atención Departamento de Facturación:

Primer Nombre

Apellido

Si _____ No _____ califica para tarifa nominal.

_____ Se le cobrará por todas y cada una de las visitas médicas y ópticas

Las visitas de salud del comportamiento con citas médicas el mismo día se incluirán con el costo anterior

_____ Se le cobrará por todas y cada una de las visitas de salud conductual independientes

_____ % Se le cobrará por todas y cada una de las visitas dentales

(Inicial) _____ Soy consiente de que se pueden cobrar tarifas adicionales según el nivel de la this is not insurance escala cuando un proveedor lo atiende en una clínica de HealthLinc.

NOTA:

- Esto no es seguro medico.
- El pago debe ser realizado al momento de los servicios.
- Todos los cargos deben ser pagados a los 30 dias de los servicios rendidos.
- Balances debidos pueden ser pagados por correo, teléfono, ó en persona en su clínica.
- Elegibilidad debe ser renovada en forma anual.

(Inicial) _____ Elijo no proporcionar documentación de ingreso y entiendo que no calificaré para un descuento.

Notas Adicionales:

Referencias y servicios realizados fuera de HealthLinc no están cubiertos por HealthLinc. Esta escala financiera no reflejara el cargo de los servicios realizados fuera de HelathLinc. Si tiene alguna pregunta comuniquese con el proveedor antes de que se brinden los servicios.

Paciente

Empleado de HealthLinc