



## Acuerdo Financiar

Fecha: \_\_\_\_\_

A la atención de Departamento de Facturación:

\_\_\_\_\_  
*Primer Nombre*

\_\_\_\_\_  
*Apellido*

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Califica para Tarifa Nominal.

\_\_\_\_\_ % POR CUALQUIER Y TODAS VISITAS DE OFICINA MEDICAS

\_\_\_\_\_ % POR CUALQUIER Y TODAS VISITAS DE OFICINA DENTAL

\_\_\_\_\_ % POR CUALQUIER Y TODAS SESIONES DE CONSEJERIA DE SALUD  
COMPORTALMENTAL

\_\_\_\_\_ % POR CUALQUIER Y TODAS VISITAS DE OPTOMETRIA

(Inicial) \_\_\_\_\_ Yo entiendo que se pueden cargar tarifas adicionales basadas en el nivel de la escala cuando se ve por un proveedor en una clínica de HealthLinc.

### NOTA:

- ESTO NO PRESENTA SEGURO MEDICO.
- EI PAGO DEBE SER REALIZADO AL MOMENTO DE LOS SERVICIOS.
- TODOS LOS SALDOS SON DEBIDOS A LOS 30 DIAS DE LOS SERVICIOS PRESTADOS.
- Balances debidos pueden ser pagados por correo, teléfono, o en persona en su clínica.
- Elegibilidad debe ser renovada en forma anual.

\_\_\_\_\_ Yo elijo no comprobar documentación financiera y entiendo que no califico para un descuento.

### Notas Adicionales:

Tomografía computarizada, Resonancia magnética, ultrasonido, eco cardiogramas, exámenes del estrés, cirugías, hospitalizaciones, transportación de ambulancia, cualquier procedimiento hecho por un especialista, y visitas de emergencias NO están cubiertas por HealthLinc. Si tienes alguna pregunta por favor de ponerse en contacto con el proveedor antes de que los servicios sean previstos.

\_\_\_\_\_  
*Paciente*

\_\_\_\_\_  
*Empleado de HealthLinc*