



ACUERDO FINANCIAR

Fecha: _____

A la atención 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 OPTOMETRÍA

(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.
- EL 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.

Notas Adicionales:

Tomografia computarizada, Resonancia Magnética, Ultrasonida Eco Cardiogramas, exámenes del estrés, cirugías, hospitalizaciones, transportación de ambulancia, cualquier procedimiento hecho por un especialista, y vistas 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