



**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*