



## NORMAS FINANCIERAS

1300 Fulton Street, Suite 203  
Denton, TX 76201-2661  
Tel de oficina: (904) 383-2424  
Facsimil: (904) 387-5676  
maprovost@dentoncrs.com

Estimado Paciente:

Le agradecemos por escogernos para sus cuidados médicos. Nuestra preocupación principal es que usted reciba el tratamiento adecuado y óptimo que necesita para recuperar su salud.

Todos nuestros pacientes deben leer y firmar las Normas Financieras, además de completar nuestro cuestionario “Información del Paciente” antes de ver al médico. Si tiene alguna pregunta o duda sobre nuestras normas de pago, por favor no dude en hablar con nuestro gerente de oficina.

El co-pago debe ser cancelado el mismo día que se otorgan los servicios. Las formas de pago que aceptamos son dinero en efectivo, cheques, y además Visa y MasterCard para su conveniencia.

Con mucho gusto le ofrecemos enviar toda la documentación pertinente para cobrarle directamente a su seguro médico si nos da su tarjeta de seguro médico con toda la información necesaria. Es su responsabilidad proveernos toda la información de seguro correcta y actualizada. Sin embargo, por favor tome nota:

- Su póliza de seguros es un contrato entre usted, su empleador y la empresa aseguradora. Nosotros NO tomamos parte en ese contrato. Nuestra relación es con usted, no con su compañía de seguros. Haremos lo que podamos para ayudarle, pero usted tiene la responsabilidad de entender su red del cuidado de la salud, y los diferentes médicos y lugares de cuidados médicos a los que usted puede acudir.
- No todos los servicios son beneficios cubiertos por todos los contratos. Aquellos que no estén cubiertos por su seguro médico serán su responsabilidad. Por favor, pregunte en su compañía de seguro médico.
- Los co-pagos y deducibles no pagados deberán ser cancelados en el momento en que se realiza el tratamiento.
- Puede pagar el saldo con dinero en efectivo, cheque, MasterCard o Visa.

Comprendemos que los problemas financieros temporarios pueden afectar el pago oportuno de su saldo. Le recomendamos que nos comunique este tipo de problemas para poder ayudarle con su cuenta.

Una vez más, le agradecemos por escogernos como su proveedor de cuidados de la salud, por su confianza en nosotros, y por la oportunidad de servirle.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha