



W. David Rummel, M.D.
R. Mark Rummel, M.D., Ph.D.
John H. Rummel, M.D.
James B. Arthur, M.D.
Robert W. Preston, M.D.

Diplomats of the American
Board of Ophthalmology

Diplomats of the American
Board of Quality Assurance &
Utilization Review Physicians

Steven M. Meyers, O.D.
Doctor of Optometry

Amy H. Champ, O.D.
Doctor of Optometry

Rummel Eye Care...
Committed to providing
uncompromised quality care.

Rummel Eye Care, P.C.

01 De octubre de 2011 eficaz

Gracias por elegir Rummel Eye Care, P.C. para ojo las necesidades de atención. Cuidadosamente lea y inicial por cada instrucción. Esta política se ha hecho para garantizar que los pagos financieros se recuperan para permitirnos continuar proporcionar atención médica de calidad para nuestros pacientes. Es importante que trabajemos juntos para asegurar que el pago por servicios es tan simple y directo como sea posible.

1. _____ Entiendo que si no tengo mi tarjeta de seguro, remision o copago, que mi nombramiento puede ser reprogramada hasta el momento en que púedo proveer los documentos requeridos o pagos.
2. _____ Tengo entendido que antes antes de que cualquier cirugía o procedimiento, Rummel Eye Care, P.C. recogerá copagos, deducibles y coaseguro en cualquier cantidad basada en su cobertura de sguro o la falta de cobertura para el procedimiento quirúrgico planeado. Cualquier cantidad de pago deducible o coaseguro, hasta un importe igual al pago en su totalidad, está deyerminada por los códigos de facturación anticipados, detalles de su póliza de seguro y el acuerdo entre su compañía de seguros y Rummel Eye Care, P.C.
3. _____ Entiendo que si mi cuenta no se paga total dentro de 30 días de la primera instrucción que mi saldo se agregará un cargo financiero de \$5. Si mi cuenta no se paga pleno dentro de 90 días, una cuota de procesamiento de la colección de \$25 se añadirán al saldo pendiente y será entregada a una agencia de cobro para su posterior procesamiento. No citas adicionales se harán para las cuentas de moroso hasta que se trajeron actuales.
4. _____ Entiendo que se agregará una tarifa de servicio de \$25 para cualquier NSF controles y será responsables del pago de esta tasa y la cantidad del cheque devuelto. Cheques sin fondos deben ser canjeados con efectivo, giro postal o cheque bancario.
5. _____ Rummel Eye Care, P.C. permitirá 60 días desde la fecha de presentación de mi compañía de seguros procesar o pagar una reclamación. Arizona ley permite a las compañías de seguros que operan en el Estado no más de 30 días para tramitar las reclamaciones. Es mi responsabilidad para ofrecer mi compañía de seguros con información solicitada necesaria para procesar las solicitudes de servicios. Tambien es mi responsabilidad notificar Rummel Eye Care, P.C. Si hay un cambio en mi cobertura de seguro. Además, entiendo que corresponde a mi saber mis beneficios de seguros.
6. _____ Entiendo que puede haber costos asociados con las solicitudes de registros médicos y cumplimentación de formularios por un médico. Entiendo que yo puedo ser responsable de estos gastos.
7. _____ **He leído y entiendo la política financiera anterior y estoy de acuerdo en acatar sus términos.**

1022 Willow Creek Rd. #200
Prescott, AZ 86301
928-445-1341

2517 Great Western Dr., Ste 1
Prescott Valley, AZ 86314
928-775-4066

Firma

Relación

Nombre impreso

Fecha