

POLITICA FINANCIERA

ESTAMOS COMPROMETIDOS A SATISFACER SUS NECESIDADES EN CUANTO AL CUIDADO DE SU SALUD SE REFIERE. NUESTRO OBJETIVO ES MANTENER SU ASEGURANZA U OTROS ARREGLOS FINANCIEROS LO MAS SENCILLO POSIBLE. PARA LOGRARLO DE UNA MANERA MAS EFECTIVA, LE PEDIMOS QUE SE APEGUE A LO SIGUIENTE:

1. EL PAGO SE ESPERA AL MOMENTO QUE SE PROVEE EL SERVICIO.
2. NOSOTROS LLENAREMOS POR USTED LOS PAPELES DE SU ASEGURANZA SI SOMOS LOS PROVEEDORES PARTICIPANTES DE SU PLAN. USTED SERA RESPONSABLE POR CUALQUIER SERVICIO QUE EXCEDAN LOS LIMITES DE SU ASEGURANZA, ASI COMO TODOS LOS SERVICIOS QUE SU ASEGURANZA NO CUBRA.
3. TODOS LOS PAGOS CONJUNTOS DEBEN DE HACERSE AL MOMENTO QUE SE PROVEE EL SERVICIO.
4. SI NO SOMOS LOS PROVEEDORES PARTICIPANTES EN SU PLAN, EL PAGO COMPLETO DEBE HACERSE AL MOMENTO QUE SE PROVEE EL SERVICIO, ALMENOS QUE HAYA HECHO ARREGLOS CON ANTERIORIDAD. NOSOTROS LE DAREMOS FORMAS COMPLETAS QUE SERAN ACEPTADAS POR SU COMPAÑIA DE SEGUROS PARA UN REEMBOLSO.

NOSOTROS LE ENVIAREMOS UN RECIBO MENSUAL POR CADA BALANCE QUE ESTE PENDIENTE.

YO RECONOZCO QUE ENTIENDO Y ACEPTO LA POLITICA FINANCIERA.

FIRMA

FECHA