

**ARTHUR WEINREB, D.P.M.**  
**DIPLOMATE, AMERICAN BOARD OF PODIATRIC SURGERY**

Gracias por usarnos como su proveedor medico. Trataremos de ofrecerle el mejor cuidado medico y con placer le explicamos la parte Financiera de la oficina, es muy importante para nuestra relacion profesional que este claro como trabajamos con los seguros. Si tiene alguna pregunta, porfavor hacerla antes de ver al doctor.

**Seguros:** Nosotros tomamos todo tipo de seguros. Pero es muy importante que usted nos informe y nos de la informacion correcta para poderlo mandar al seguro que corresponde. **El balance es su responsabilidad asi sea que su seguro pague o no.** Si su seguro no ha pagado en 90 dias despues de su cita, el balance es transferido directamente a usted. Porfavor entienda que su seguro es un contrato entre el seguro que tiene y usted.

**HMO Planes:** Si usted tiene un seguro que requiere autorizacion de su medico general, es su responsabilidad de conseguirlo antes de ver al medico. Tambien necesita saber cuantas visitas le dan y hasta que fechas las puede usar.

**MEDICARE:** El seguro de Medicare tiene un pago que corresponde al paciente al principio de cada año. Es ilegal para nosotros deducir esta cantidad o cualquiera otra cantidad de dinero que el seguro le a dado como responsabilidad suya.

**PAGOS:** Estamos obligados a coleccionar cualquier tipo de pago al momento de su visita, si el pago no se hace al momento de la cita, seria responsable de \$10 extra por administracion. Aceptamos Efectivo/ Visa/ Master Card/ Debito. **NO ACCEPTAMOS CHEQUES.**

**QUE NECESITA TRAER A CADA CITA:**

\* Su tarjeta de seguro                      \* El dinero para pagar

**PACIENTES Menores de Edad:** Pacientes que sean menor de edad tiene que estar acompañado de al menos un padre o guardia legal.

**Citas hechas con la oficina tienen que ser canceladas con 24 horas de anticipacion, sino se le cobraria a usted \$40 por no cancelar.**

**YO HE LEIDO Y COMPRENDIDO LA INFORMATION OBTENIDA EN ESTA FORMA. Y PROMETO OBEDECER ESTAS REGLAS.**

\_\_\_\_\_  
**Firma de Paciente /Guardian Legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**